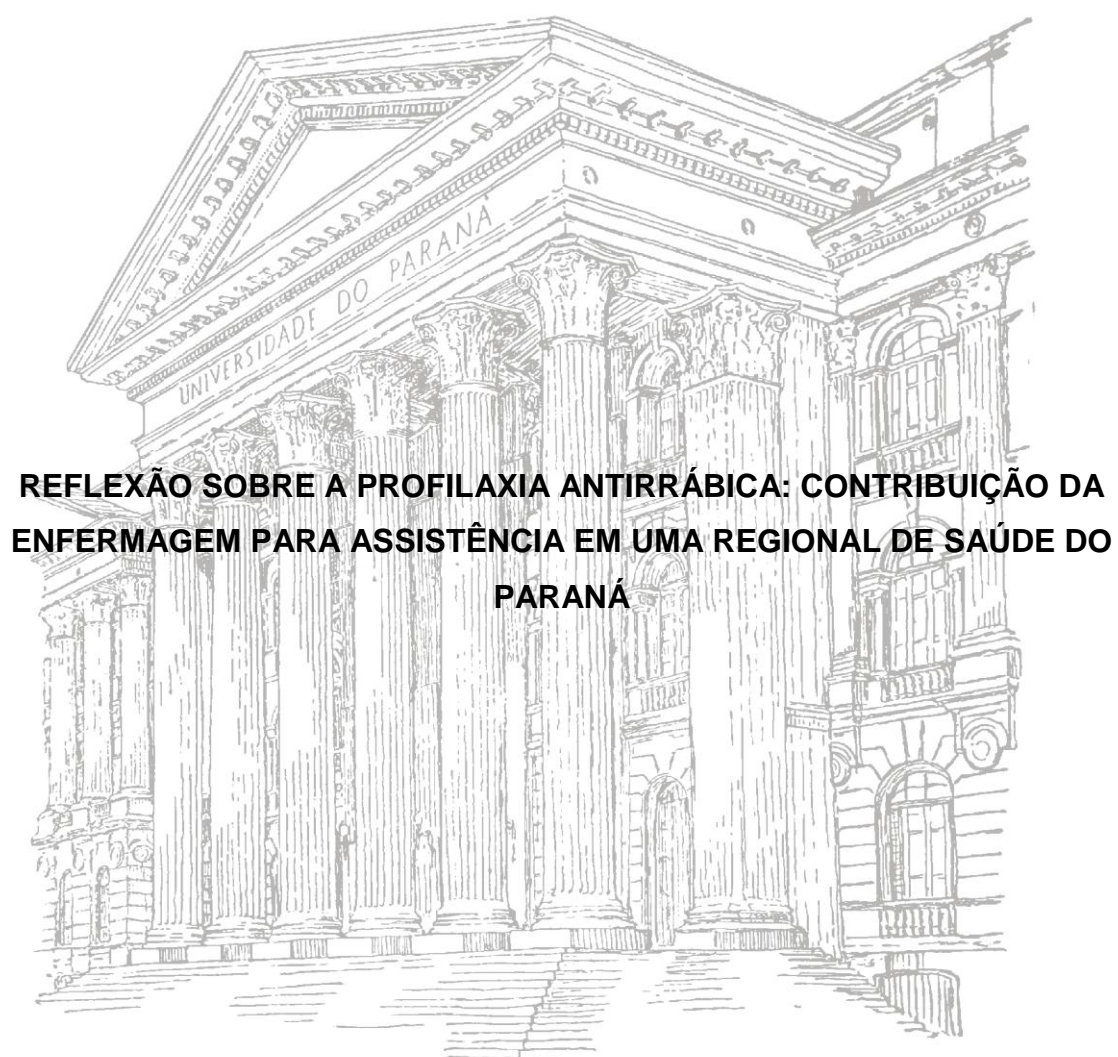


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

BEATRIZ PINA IAZZETTI



**REFLEXÃO SOBRE A PROFILAXIA ANTIRRÁBICA: CONTRIBUIÇÃO DA
ENFERMAGEM PARA ASSISTÊNCIA EM UMA REGIONAL DE SAÚDE DO
PARANÁ**

CURITIBA

2017

BEATRIZ PINA IAZZETT

**REFLEXÃO SOBRE A PROFILAXIA ANTIRRÁBICA:
CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA ASSISTÊNCIA EM UMA REGIONAL
DE SAÚDE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem- Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Paraná, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação, Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas de Saúde em Enfermagem. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Marta Nolasco Chaves

CURITIBA/PR

2017

lazzetti, Beatriz Pina
Reflexão sobre a profilaxia antirrábica: contribuição da enfermagem para assistência em
uma Regional de Saúde do Paraná / Beatriz Pina lazzetti – Curitiba, 2017
106 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria Marta Nolasco Chaves
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de
Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Raiva. 2. Epidemiologia. 3. Vacinas antirrábicas. 4. Enfermagem. Educação
permanente. I. Chaves, Maria Marta Nolasco. II. Universidade Federal do Paraná.
III. Título.

CDD 614.563



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM
Código CAPES: 40001016073P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **BEATRIZ PINA IAZZETTI**, intitulada: "**REFLEXÃO SOBRE A PROFILAXIA ANTIRRÁBICA: Contribuição da Enfermagem para Assistência em uma Regional de Saúde do Paraná**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua Aprovação.

Curitiba, 29 de Junho de 2017.

MARIA MARTA NOLASCO CHAVES
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

LILIANA MÜLLER LAROCCA
Avaliador Interno (UFPR)

JORGE VINICIUS CESTARI FELIX
Avaliador Externo (UFPR)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por todas as oportunidades de crescimento profissional e pessoal, por tanto me proteger e colocar sempre em meu caminho pessoas maravilhosas, desde a minha família até recentes amigos, que fazem toda a diferença nos meus dias.

Uma dessas pessoas é a minha querida orientadora Prof^a. Dr^a. Maria Marta Nolasco Chaves, que foi a minha base no percurso do mestrado, sempre dedicada, paciente, transmitindo sua calma e seus imensos conhecimentos, me acolheu desde a primeira orientação, sempre me incentivando e convicta que tudo daria certo.

A Marcia Zinelli da Silveira, coordenadora do Programa da Raiva, por toda a ajuda desde o início, por suas sugestões, auxílios com os dados e revisões que foram fundamentais para o aprimoramento deste material, por todas as vezes que me recebeu, enfim por toda a parceria e amizade. A Dora Goto, com o auxílio na coleta de dados e sugestões.

O apoio da minha família amada sempre foi crucial, pois sem amor e o carinho infinito da minha mãe, o apoio, incentivo e momentos de descontração com meu irmão e o amor do meu pai, nada teria conquistado. Minha gratidão será eterna por todo o amparo, encorajamento e confiança, que mesmo à distância fizeram eu me sentir melhor e continuar firme. Agradeço pela compreensão da minha ausência nos últimos períodos.

Fundamental também foi o apoio do meu querido Aderlei, que esteve em todos os momentos difíceis ao meu lado, sempre pronto a me ouvir, ajudar e a me acalmar, sei que não foi tarefa simples. Meus sinceros agradecimentos por ter me confortado durante todo esse tempo.

A minha comadre e conselheira Kátia, a querida Eliane, sempre preocupada com meu bem estar, à fundamental ajuda da Marlise, aos estimados amigos Margely, Lilian, Giovanna, Fabiana, Frederico, Priscilla e Ana, que me ajudaram muito nessa jornada e em todos os momentos de ausência, sempre me incentivando. Todos foram de suma importância e jamais esquecerei que nos momentos mais delicados estiveram presentes.

A todos minha gratidão!

RESUMO

IAZZETTI, B. P. **Reflexão sobre a profilaxia antirrábica: contribuição da enfermagem para assistência em uma regional de saúde do Paraná.** 2017. 104p. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba /PR, 2017. Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Marta Nolasco Chaves

A raiva é uma doença infecciosa altamente letal, causada por vírus, inoculado por meio da saliva e/ou secreções de animais infectados. Um grande desafio para a saúde pública, pois é invariavelmente fatal na ausência de intervenção oportuna e aplicação de imunobiológicos. A profilaxia é importante devendo ser adequada a cada caso após a anamnese e o devido preenchimento completo da ficha de notificação. Este é um estudo epidemiológico ecológico de abordagem quantitativa, no qual foram analisadas as informações dos atendimentos antirrábico ocorridos nos municípios pertencentes à 2ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, no período 2009 – 2014 e das doses aplicadas de vacina contra raiva humana. As informações analisadas foram do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. O objetivo geral foi elaborar proposta de educação permanente para os profissionais dos serviços de saúde dos municípios da 2ª RS do Paraná quanto ao atendimento a vítimas de acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva segundo as recomendações do PNPR. Como resultados teve-se que de 2009 – 2014 o Paraná teve um total de 259.953 casos notificados de atendimento antirrábico humano, destes 89.396 foram notificados na 2ª RS. Entre os municípios com maior número de notificações de atendimento antirrábico, destaca-se, Curitiba com 63,6% (56.850) do total de notificações. Em relação à espécie animal agressora, a canina representa 95% (84.983) das notificações de atendimento antirrábico, o tipo de agravo responsável pelo maior número de atendimentos foi a mordedura, entre os locais de exposição mais afetados estão os membros inferiores, com 37,1% (36.075) das ocorrências, referente aos tipos de ferimentos, os superficiais estiveram em 52,4% (48.089) dos casos. Entre as profilaxias em que o animal foi considerado passível de observação houve um predomínio da indicação de observação do animal agressor e aplicação de vacina, esta orientação foi recomendada em 76,8% (53.645) dos casos. A espécie quiróptera ocupa o primeiro lugar entre os agressores silvestres, para tais casos, tem-se que 60% (185) dos registros receberam indicação de tratamento com soro e vacina. Na discussão destaca-se que parte das condutas adotadas nos serviços que realizam o atendimento antirrábico é inapropriada, porque são ações que podem colocar em risco a integridade do agredido, no preenchimento dos dados das fichas de atendimento antirrábico humano há deficiência no preenchimento, visto os altos índices de campos em branco ou preenchidos erroneamente. É relevante a conduta adotada nas indicações de tratamento, tanto nos acidentes com animais observáveis quanto com animais silvestres, o cruzamento das informações disponíveis nas bases de dados permitiu verificar que há um desconhecimento dos profissionais de saúde que realizam o atendimento sobre as atuais recomendações para profilaxia da raiva em território considerado como área controlada para o agravo. Baseado nos achados da pesquisa foi elaborada a proposta de educação

permanente para os profissionais de saúde que atuam em serviços de urgência e emergência da 2º RS visando a transformação da realidade descrita.

Palavras-chave: Raiva. Epidemiologia. Vacinas antirrábica. Enfermagem. Educação Permanente.

IAZZETTI, B.P. Reflections about rabies prophylaxis: nursing contributions for assistance in a regional de saúde of Paraná. 104p. (Dissertation). Professional Master in Nursing. Postgraduate Program in Nursing - Professional Master's Degree. Federal University of Paraná, 2017. Advisor: Prof^a Dr^a Maria Marta Nolasco Chaves.

ABSTRACT

The rabies is a highly lethal infectious disease, caused by a virus, transmitted by infected animals saliva and/or secretions. A big challenge because unavoidably fatal on the lack of intervention necessary and application of immunobiologicals. The prophylaxis is important and should be proper to each case after evaluation of medical history and the complet fill of notification report. This is an epidemiologic and ecological study of quantitative approach, in which they were analysed information of rabies control patient care happened in the municipalities belonging to the 2nd Regional de Saúde (RS) of Paraná, between 2009 – 2014 and the vaccines doses administred against human rabies. The information analysed was from the Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Information System of Injuries and Records) and from the Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (Information System of the National Immunization Program). The aim overall was to make a proposal of permanent education for healthcare services professionals of the municipalities of the 2nd RS of Paraná regarding patient care of victims of accidents with animals potentially transmissors of rabies according to PNPR reccomendations. As a result, from 2009 - 2014 Paraná had a total of 259.953 reported cases of rabies care in humans, of which 89,396 were reported on the 2nd RS. Among cities with the larger number of reports of rabies care, we could highlight Curitiba, with 63.6% (56.850) of total reports. In relation to the aggressors animal species, the canine one represents 95% (84.983) of rabies care reports, the kind of attack responsible for the larger number of rabies care procedures was biting, among the exposed places more affected were the inferior members, with 37.1% (36.075) of occurances, concernning types of injuries, the superficiais were in 52.4% (48.089) of cases. Among prophylaxis in which the animal was considered up to observation there was a majority of prescription of the observation of the aggressors animal and vaccination, this advice was recommended in 76.8% (53,645) of cases. The Chiroptera species occupy the first place among wild aggressors, for such cases, 60% (185) of reports received treatment prescription of serum and vaccination. On the discussion, we highlight that part of the behavior adopted on rabies care management is improper, because they are actions that may put on risk the integrity of the patient, on the filling of information on patient care reports of rabies control, there are deficiencies on the information filling, due to the high numbers of empty blanks or mistakenly completed ones. It is relevant the behavior adopted on the treatment prescription, both on accidents with animals that can be observed and with wild animals, the information matching available on databases allowed to verify that there is a lack of knowledge of healthcare professionals who deal with the care about current recommendations for rabies prophylaxis in territory considered as a control area for the incident. Based on the research findings it was made a proposal of permanent education for healthcare professionals who works on urgency care services and emergencies of the 2nd RS aiming the transformation of the described situation.

Keywords: Rabies. Epidemiology. Rabies Vaccines. Nursing. Education, Continuing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	- REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS CICLOS EPIDEMIOLÓGICOS DA RAIVA	28
QUADRO 1	- VACINAS HUMANAS DESENVOLVIDAS A PARTIR DE LINHAGEM DE CÉLULAS	32
QUADRO 2	- ESQUEMA PARA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO ANTIRRÁBICA HUMANA COM VACINA DE CULTIVO CELULAR.....	34
QUADRO 3	- IMUNOBIOLOGICOS UTILIZADOS NA PROFILAXIA ANTIRRÁBICA HUMANA	35
MAPA 1	- MAPA POLÍTICO DO ESTADO DO PARANÁ, DIVISÃO POR MACRORREGIONAIS	37
MAPA 2	- MAPA POLÍTICO DO ESTADO DO PARANÁ, DIVISÃO POR REGIONAIS DE SAÚDE	38
MAPA 3	- SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ. REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA	39
GRÁFICO 1	- NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS SEGUNDO ESPÉCIE ANIMAL AGRESSORA, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014	49
GRÁFICO 2	- NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS SEGUNDO LOCAL DA EXPOSIÇÃO AO VÍRUS RÁBICO, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014	50
GRÁFICO 3	- NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS SEGUNDO TIPO DE FERIMENTO, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014	52
GRÁFICO 4	- NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE PESSOAS QUE JÁ RECEBERAM O TRATAMENTO PÓS-EXPOSIÇÃO PREVIAMENTE, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014	53

GRÁFICO 5	- NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS EM QUE O ANIMAL FOI CONSIDERADO PASSÍVEL DE OBSERVAÇÃO, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014	54
GRÁFICO 6	- NÚMERO DE TRATAMENTOS INDICADOS NOS CASOS NOTIFICADOS EM QUE O ANIMAL FOI CONSIDERADO PASSÍVEL DE OBSERVAÇÃO, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014	55
GRÁFICO 7	- NÚMERO DE TRATAMENTOS INDICADOS NOS CASOS NOTIFICADOS EM QUE O AGRESSOR FOI UM ANIMAL SILVESTRE, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014.....	56

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO, POR MUNICÍPIO DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014	43
TABELA 2	- DISTRIBUIÇÃO DE NÚMERO DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO E PROPORÇÃO, SEGUNDO SEXO, POR MUNICÍPIO DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014.....	44
TABELA 3	- NÚMERO DE CASOS DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO SEGUNDO ZONA DO MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014.....	45
TABELA 4	- NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, POR MUNICÍPIO DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014.....	46
TABELA 5	- NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO SEGUNDO ESPÉCIE ANIMAL AGRESSORA, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014.....	50
TABELA 6	- NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO SEGUNDO TIPO DE EXPOSIÇÃO AO VÍRUS, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014.....	50
TABELA 7	- NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO SEGUNDO ANTECEDENTES DE TRATAMENTO PÓS-EXPOSIÇÃO, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014	47

TABELA 8	- NÚMERO DE DOSES APLICADAS DE VACINA CONTRA RAIVA CELULA/VERO SEGUNDO O SI-PNI E O SINAN, NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014. PARANÁ, 2017	58
----------	--	----

LISTA DE SIGLAS

CDC	- Centers for Disease Control and Prevention
CEMEPAR	- Centro de Medicamentos do Paraná
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	- Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	- Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	- Produto Interno Bruto
PNPR	- Programa Nacional de Profilaxia da Raiva
PUBMED	- United States National Library of Medicine
PVCV	- Purified Vero Cell Rabies Vaccine
RS	- Regional de Saúde
SCIELO	- Scientific Electronic Library Online
SESA-PR	- Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SI-PNI	- Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINVAS	- Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIPESC	- Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva
UPA	- Unidades de Pronto Atendimento 24 horas
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	22
3.2 VIGILÂNCIA AMBIENTAL E SANITÁRIA.....	25
3.3 O ENFERMEIRO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE.	26
3.4 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA RAIVA	27
3.5 PROGRAMA NACIONAL DE PROFILAXIA DA RAIVA (PNPR).....	31
3.6 IMUNOBIOLOGICOS ANTIRRÁBICOS.....	32
3.7 CENÁRIO DE ESTUDO.....	36
4 METODOLOGIA	42
5 RESULTADOS	45
6 DISCUSSÃO	60
7 CONCLUSÃO	73
8 PROJETO INTERVENÇÃO	75
REFERÊNCIAS.....	83
ANEXO 1 – PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016.....	91
ANEXO 2 – FICHA DE INVESTIGAÇÃO.....	96
ANEXO 3 - PARECER CEP SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE UFPR	98
ANEXO 4 – PARECER CEP HOSPITAL DO TRABALHADOR SESA/PR.....	103

1 INTRODUÇÃO

A raiva é uma doença infecciosa causada por um vírus RNA neurotrópico da família *Rhabdoviridae*, gênero *Lyssavirus* e espécie *Rabies* vírus, que danifica o sistema nervoso central e é inoculado por meio da saliva ou secreções de animais infectados. (MARTINS, 2015).

Esta doença é uma encefalite progressiva, após a penetração do vírus no organismo pela saliva de animais portadores da doença, ele atinge as terminações nervosas periféricas e inicia a migração para o sistema nervoso central. O período de incubação é variável, dura geralmente entre 3-12 semanas, podendo oscilar em dias e até meses, mas raramente supera o tempo de seis meses. Não há conhecimento sobre medicamentos eficazes contra esta doença, tornando-a um grave problema de saúde pública no mundo. (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), 2011).

Devido à circulação intensa do vírus silvestre, não se recomenda que as ações sejam voltadas para a erradicação da doença, pois considerando seu ciclo silvestre e a extensão do território brasileiro torna-se inviável a eliminação deste vírus, o qual ainda faz muitas vítimas, a recomendação é de que as ações sejam direcionadas para descontinuar a transmissão às pessoas e aos animais domésticos. (CARVALHO; SOARES; FRANCESCHI, 2002; SCHNEIDER e cols., 1996).

A raiva humana é foco de preocupação mundial, pois é invariavelmente fatal na ausência de intervenção médica oportuna e aplicação de imunobiológicos. Anualmente, cerca de sete milhões de pessoas no mundo recebem a profilaxia pós-exposição e estima-se que aproximadamente 55.000 morrem. Em média 99% das mortes relacionadas à raiva acontecem em países em desenvolvimento. (BRASIL, 2008).

Schneider e cols. (1996) afirmam que, em municípios com baixo desenvolvimento socioeconômico, ou seja, naqueles que têm uma grande concentração de pessoas de baixa renda e difícil acesso à saúde, os casos de raiva atingiram seus maiores índices nos anos entre 1980 e 1990. Para os autores, há uma correlação significativa entre a promoção de ações para o controle da doença e a diminuição do número de casos. Eles ainda destacam que a raiva é mais

facilmente controlada nos lugares em que há mais recursos financeiros para implantar um sistema de saúde avançado e condições sociais adequadas para a vida da sua população.

Na América Latina, os cães foram os grandes transmissores da raiva humana até o ano de 2003. Atualmente, os morcegos hematófagos são reconhecidos como os principais transmissores da raiva humana, devido o aumento expressivo de agressões causadas por estes, fez com que se tornassem uma preocupação para as secretarias de vigilância em saúde. (BRASIL, 2011a).

Entre os anos de 1990 e 2009, o Brasil registrou 574 casos de raiva humana nos quais o cão foi reconhecido como agressor. Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre 2000 e 2009, foi registrada uma média de 425.400 casos por ano de pessoas que procuraram atendimento médico após sofrerem algum tipo de exposição ao vírus da raiva. (BRASIL, 2011a).

O estado do Paraná é citado pelo Ministério da Saúde (MS) como área controlada para raiva. Neste território, somente os municípios de fronteira seca são considerados sob risco potencial para incidência da doença. Em decorrência desta situação, nove casos de raiva canina foram notificados no município de Foz do Iguaçu entre os anos 2002 e 2005. (BRASIL, 2006).

O acompanhamento dos índices da raiva humana é realizado pela vigilância epidemiológica, cujas ações se mostram essenciais, já que, por meio delas, torna-se possível controlar vários processos que determinam o agravo. A atuação da vigilância epidemiológica é abrangente e atua desde o controle da circulação do vírus rábico por meio de vacinação da população animal até na investigação de acidentes com animais potencialmente portadores deste vírus. (BRASIL, 2011a).

A vigilância epidemiológica da raiva deve ser tempo-sensível, para que a ação seja tomada em tempo real, antes do início dos sinais clínicos. Os dados epidemiológicos são imprescindíveis na vigilância da raiva e devem ser considerados na hora de recomendar a profilaxia pré ou pós-exposição ao vírus, processo este que necessita de uma avaliação criteriosa, na qual devem ser analisados: o contexto da exposição, a condição de saúde do animal agressor e a situação epidemiológica no que se refere à circulação do vírus na região de origem da exposição. (COSTA et al., 2000).

Na busca pelo controle da doença, destacam-se também as ações da vigilância ambiental em saúde, que, assim como as desenvolvidas pela vigilância epidemiológica, exigem ampla visão sobre os problemas de saúde pública para organizar atividades de prevenção. É fundamental que seja realizada uma análise das fontes dos problemas e suas inter-relações, pois é sabido que um problema de saúde pública não tem somente uma fonte causadora, assim como para solucioná-lo é necessário que haja uma interação entre as partes envolvidas, de maneira a fundamentar ações coerentes e resolutivas que elevem a qualidade dos serviços de saúde. (AUGUSTO, 2003).

A presente proposta de pesquisa permitiu detalhar as características das ocorrências de acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva segundo dados do SINAN na 2ª Regional de Saúde do Paraná; verificar quais recomendações para a profilaxia antirrábica são utilizadas em cada caso; identificar as doses aplicadas da vacina antirrábica humana durante o período delimitado para o estudo e assim obter subsídios para desenvolver uma proposta de educação permanente voltada para os profissionais de saúde dos serviços de saúde dos municípios desta regional que estejam envolvidos com os atendimentos antirrábico.

A continuidade das ações de vigilância e controle da raiva humana é fundamental mesmo em regiões desenvolvidas e com sistemas de saúde estruturados, tendo em vista que há possibilidade de recrudescimento da doença, pois a raiva transmitida por animais silvestres tem se mostrado importante e de difícil controle pela vigilância ambiental devido ao moroso acesso a esses animais. (BRASIL, 2016).

Mesmo sendo o estado do Paraná considerado uma área controlada para raiva humana, fica o questionamento: as recomendações para a profilaxia antirrábica estão sendo realizadas de acordo com os atuais critérios estabelecidos pelo Programa Nacional de Profilaxia da Raiva (PNPR) nos serviços de saúde dos municípios da 2ª Regional de Saúde (RS) do Paraná?

Antes de começar a responder à questão é preciso justificar, conforme descrito no capítulo Cenário de Estudo, que a 2ª RS do Paraná foi a área delimitada para o presente estudo por ser a região com maior densidade populacional urbana, da mesma forma que é onde se tem implantada a maior rede de serviços públicos de

saúde como porta de entrada do sistema, como consequência, esta é a regional que apresenta o maior número de registros de fichas de atendimentos de acidentes com animais potencialmente transmissores do vírus da raiva. Tais apontamentos permitiram verificar com maior amplitude o objeto delimitado para a pesquisa.

A partir da análise dos dados referentes as notificações de atendimento antirrábico e as vacinas, foi elaborada a proposta de educação permanente “Aprimorando a conduta da vigilância epidemiológica no atendimento antirrábico”, para os profissionais dos serviços de saúde de urgência e emergência dos municípios da 2ª RS, a qual foi construída com base nos conhecimentos sobre o atendimento das vítimas de acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva e nos achados desta pesquisa.

Para tanto, inicialmente, foi realizada uma revisão da literatura nas fontes de base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), U. S. National Library of Medicine (PUBMED), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os descritores de busca: raiva; vírus da raiva; vacinas antirrábicas; epidemiologia; e vigilância, assim como em livros-texto e publicações do MS, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

A necessidade de se elaborar tal proposta surgiu de um questionamento da autora em sua prática profissional como servidora do Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR), onde executa o gerenciamento dos imunobiológicos quanto à programação - solicitação, armazenamento e distribuição -, para todas as regionais de saúde do estado do Paraná. Pois, em seu cotidiano observa uma demanda crescente de imunobiológicos para profilaxia da raiva, além de inúmeros e repetidos questionamentos demandados pelos profissionais da vigilância epidemiológica sobre as indicações de tratamentos. Ao questioná-los sobre o motivo das recorrentes indagações grande parte das respostas se referem a dúvidas dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência e realizam o atendimento de acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva.

Cabe destacar que as publicações disponibilizadas para consulta sobre a temática e dados epidemiológicos são poucas e, muitas vezes, antigas. Em virtude

do exposto, considera-se justificada a relevância da presente proposta de construção de conhecimento por meio desta pesquisa.

Ainda nesta reflexão, nos chama a atenção que os enfermeiros são, muitas vezes, os responsáveis por várias atividades e ações nessa área –vacinas- e, produzem pouco conhecimento a respeito desta temática.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar proposta de educação permanente para os profissionais dos serviços de saúde dos municípios da 2º RS do Paraná quanto ao atendimento a vítimas de acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva segundo as recomendações do PNPR.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a ocorrência de acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva segundo os dados do SINAN e a recomendação de profilaxia antirrábica nos serviços de saúde dos municípios da 2º RS para as vítimas dos acidentes no período de 2009- 2014;

Comparar as doses aplicadas da vacina antirrábica segundo bancos de dados secundários nos municípios da 2º RS no período de 2009- 2014.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A atividade de vigilância é marcada por algumas peculiaridades que a diferenciam de outras práticas no setor de saúde pública. O termo "vigilância" sugere uma atividade contínua e permanente, que se alimenta pelo levantamento de dados de forma sistemática e cujas informações coletadas devem ser analisadas com objetivo de subsidiar ações de saúde. (SILVA JUNIOR, 2004).

Em 1968, baseado nos preceitos de vigilância desenvolvida pelo CDC, foi criado no Brasil o Centro de Investigações Epidemiológicas com o objetivo de introduzir os conceitos e práticas modernas de vigilância realizando a aplicação das ações de controle sobre doenças. Começando pela erradicação da varíola, a ação crucial desenvolvida foi baseada nas notificações de casos suspeitos, subsidiando a execução do bloqueio vacinal, e assim acarretando a suspensão da cadeia de transmissão. Desde então, o Centro de Investigações Epidemiológicas elaborou um sistema de notificações para uma série de doenças que necessitam de monitoramento e acompanhamento da situação epidemiológica no país. (BRASIL, 2011b).

Posteriormente, por meio da promulgação da Lei N° 6.259, de 30 de outubro de 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica com a finalidade de estruturar sistemas de vigilância. Em seu art. 2º, a referida lei regulamenta que a “ação de vigilância epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde”. Assim ficava instituída a notificação compulsória voltada às doenças transmissíveis, com ênfase nas enfermidades contagiosas agudas. (BRASIL, 1975, p. 01).

Os responsáveis pelas ações decorrentes desta regulamentação eram o MS e as secretarias estaduais de saúde. Neste primeiro momento, os municípios foram excluídos de qualquer ação que tivesse como objetivo o controle dos agravos transmissíveis. (SILVA JUNIOR, 2004).

A lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde, dentre outras ações importantes, organizou o Sistema Único de Saúde

(SUS) e definiu o papel e a abrangência da vigilância em saúde. Por consequência, nesta mesma década, foram unificados os serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e saúde do trabalhador, fazendo surgir a vigilância em saúde (PAIM, 2003).

Em seu texto, a lei define:

Vigilância epidemiológica como conjunto de ações que permitem o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, para recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças. (BRASIL, 1990, p. 02).

Com o objetivo de descentralizar as ações de epidemiologia e atribuir às competências da União, estados e municípios, foi publicada a Portaria 1.399/99, que regulamentou a Norma Operacional Básica 01/96. (BRASIL, 2011b).

No ano de 2003, para complementar a reorganização proposta pela Lei Orgânica da Saúde, o MS criou a Secretaria de Vigilância em Saúde, que passou a ter a responsabilidade de compilar todas as ações de vigilância, prevenção e controle das doenças em uma única estrutura. (BRASIL, 2011b)

Por intermédio da Portaria do MS nº 1.172, em 2004, as atribuições da vigilância em saúde foram organizadas em: vigilância de doenças transmissíveis; vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco; vigilância ambiental em saúde; vigilância da situação da saúde; vigilância sanitária; e vigilância a saúde do trabalhador. (BRASIL, 2011b).

A Portaria do MS nº 1.378, de 2013, define que:

Art. 2º A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. (BRASIL, 2013, não p.).

A portaria foi instituída tendo entre seus objetivos o fortalecimento das ações de vigilância em saúde nos municípios. Entre as regulamentações desta norma estão aquisição, distribuição e administração de insumos estratégicos, dentre estes, os imunobiológicos utilizados na profilaxia da raiva. (BRASIL, 2013).

Os objetivos da vigilância epidemiológica voltada para a raiva humana envolvem impossibilitar a ocorrência da doença, detectar a presença do vírus em animais, além de fazer a avaliação e o bloqueio do foco no sentido de dar início à investigação. Os elementos fundamentais da vigilância epidemiológica para o controle da raiva são: priorizar medidas para prevenção e controle; detectar a fonte de infecção de cada caso; realizar o diagnóstico das áreas de risco que precisam de uma intervenção, bem como garantir que a população exposta receba o tratamento necessário; e, ainda, realizar ações educativas de forma continuada para profissionais de saúde e para a população. (BRASIL, 2010).

A importância em aprimorar a vigilância desta doença, mesmo em áreas já controladas, reside em monitorar possíveis recrudescências, assim como já é feito em alguns países da América Latina, como Costa Rica e Panamá (OPAS, 2005).

Para que a vigilância epidemiológica tenha acesso às informações em tempo hábil para a tomada de decisão, foi criado o SINAN, já citado anteriormente. A notificação compulsória fornece dados para este sistema, alimentado a partir de serviços que estão em nível municipal. De acordo com o nível de interesse da vigilância do agravo, a notificação é referida ao órgão federal, estadual ou municipal. A notificação compulsória é a comunicação obrigatória da ocorrência de determinada doença ou agravo de saúde feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde. A lista nacional de doenças de notificação compulsória (ANEXO 1) é estabelecida pelo MS e, atualmente, soma 48 doenças ou agravos, das quais 28 devem ser notificadas em até 24 horas, enquanto os demais são notificados semanalmente. A esta lista é permitido que outras doenças sejam adicionadas de acordo com a necessidade local e desde que tecnicamente justificadas. O acidente com animal potencialmente transmissor da raiva faz parte do grupo de agravos que devem ser notificados à secretaria municipal de saúde por meio da ficha de investigação de atendimento antirrábico humano (ANEXO 2) e em até 24 horas após a ocorrência. (BRASIL, 2011b).

3.2 VIGILÂNCIA AMBIENTAL E SANITÁRIA

Considerando a relação entre ambiente e saúde, a relevância da vigilância ambiental em saúde foi reconhecida e estabelecida no ano 2000 pelo MS mediante estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (SINVAS), quando também foram definidas as competências deste sistema no âmbito federal, estadual e municipal, visando garantir a homogeneidade da implantação da vigilância ambiental em saúde em todo o território nacional. (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Pensar em saúde significa refletir sobre vários aspectos da sociedade, assim como o meio ambiente, uma vez que não há pessoas saudáveis quando o meio em que vivem não oferece condições mínimas para uma vida com qualidade. Neste sentido, foi estruturada a vigilância ambiental, cujas ações são voltadas a identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco do meio ambiente. (BRASIL, 2011b).

Historicamente, a vigilância sanitária já vinha realizando ações de vigilância ambiental, visto que esta era considerada inerente aos objetos de investigação e intervenção daquela. Sob esta perspectiva, mesmo antes de ter reconhecidos sua dimensão e seus objetos de investigação e intervenção próprios, a vigilância ambiental era posta em prática por meio de ações que tinham aspectos ambientais ligados aos problemas enfrentados pela vigilância sanitária. O SUS é levado a propor este desdobramento em função da crescente exposição da população a riscos ambientais, o que aumentou a necessidade do desenvolvimento de ações de promoção de saúde. (BARCELOS; QUITÉRIO, 2006).

Com o intuito de melhorar a organização da vigilância sanitária, publicou-se a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que criou o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e atribuiu competências à União, estados e municípios para que realizassem atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização. (BRASIL, 2011b).

Entre as propostas da vigilância ambiental estão as de realizar mapeamentos, avaliações de risco, bem como reconhecer problemas ambientais que impliquem danos à saúde com os serviços de vigilância epidemiológica. Para

alcançar bons resultados, a vigilância ambiental deve interagir com outros setores de uma forma contínua e eficaz. (BARCELOS; QUITÉRIO, 2006).

Para Costa (1999):

A natureza das ações de Vigilância Sanitária é eminentemente preventiva, perpassando todas as práticas médico-sanitárias, da promoção à proteção, recuperação e reabilitação da saúde, devendo atuar sobre fatores de riscos e danos e seus determinantes associados a produtos, insumos e serviços relacionados com a saúde, com o ambiente e o ambiente do trabalho, com a circulação internacional de transportes, cargas e pessoas. É evidente a intenção de transformar a Vigilância Sanitária em um instrumento de defesa da vida das pessoas. Trata-se de regulamentar um setor capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde. (Costa, 1999, p. 15).

Muitos problemas tratados pela vigilância sanitária precisam ser analisados em conjunto com outras áreas para que se execute a proteção e a promoção da saúde de forma integral. (COSTA, 1999).

Pelas razões expostas, as ações articuladas entre as vigilâncias, envolvendo saúde e ambiente, são cruciais para o controle da raiva humana e animal.

3.3 O ENFERMEIRO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

O enfermeiro é um profissional da área da saúde que detém obrigatoriamente uma série diversificada de conhecimentos e habilidades, com entendimentos específicos sobre doenças, tratamentos, medidas de controle, prevenção, imunização, gerencia de programas, dentre outros, que requerem um significativo domínio de Saúde Pública, por isso é comum que este profissional esteja à frente da vigilância epidemiológica. (PEDERSOLI; ANTONIALLI; VILA, 1998).

Por meio da vigilância epidemiológica o enfermeiro desenvolve capacidades para estabelecer prioridades dentro dos limites dos recursos existentes, sensibilizar e organizar programas, realizar investigações e avaliações. (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001)

Os profissionais desta categoria têm procurado cada vez mais a construção de conhecimentos específicos buscando autonomia para realizar diversificadas tarefas, o enfermeiro se destaca por ter em sua formação naturezas diversificadas que se articulam e se complementam, contribuindo significativamente com as funções da vigilância epidemiológica na qual tem a possibilidade de identificar, analisar e interpretar tendências, determinantes políticos, sociais e econômicos e operar interferências para a solução de problemas. (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001).

O conhecimento da epidemiologia para o profissional enfermeiro deve ser pensado como uma ferramenta indispensável na sua prática cotidiana, uma vez que se utilizada de maneira correta permite o aprimoramento do serviço prestado em diversos aspectos. (GOMES, 1994).

3.4 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA RAIVA

A raiva é uma doença considerada problema de saúde pública de ordem mundial, ausente apenas nos continentes da Oceania e Antártida, e endêmica na África e na Ásia. (OPAS, 2005).

Muitos países da Europa Ocidental, na década de 1990, conseguiram eliminar a raiva em mamíferos terrestres, principalmente na raposa vermelha. Porém, nas mesmas áreas que já foram declaradas livres da doença, percebe-se a necessidade de vigilância constante para evitar o recrudescimento desta doença. (FOOKS, 2005).

Segundo a OPAS (2005), na América Latina, entre 1982 e 2003, o número de casos de raiva humana teve uma redução de 355 ocorrências para 35, o que representou uma queda de 91%, a diminuição de casos de raiva se deu por meio de ações de vigilância epidemiológica voltadas para o controle da raiva.

Em consonância com decisões em acordos internacionais, os países da América Latina direcionaram esforços para a consolidação de programas nacionais contra a raiva por meio da promoção de ações para controle da doença, melhoria no atendimento a pessoas expostas ao vírus, vacinação canina em massa e intensificação da vigilância epidemiológica. Somando sua força aos projetos desses países, a OPAS ampliou a supervisão do uso de imunobiológicos antirrâbicos,

promoveu o crescimento das redes de laboratórios diagnósticos e incrementou as estratégias de ações preventivas. (OPAS, 2005).

Entre os anos de 1990 e 2003, as áreas com maior densidade de casos registrados foram as periferias de grandes centros populacionais marcadas pela grande desigualdade econômica, casos como os de Porto Príncipe, no Haiti, San Salvador, em El Salvador, e Fortaleza, no Brasil. Todos estes territórios apresentavam características semelhantes em relação à quantidade de cães de rua, que normalmente não são vacinados em campanhas, e ao fato de serem habitados por populações de baixa renda, que encontram mais dificuldades de acesso aos tratamentos de saúde. (OPAS, 2005).

A América Latina é considerada a região mais desigual do mundo em relação à distribuição de renda, o que se reflete diretamente nas condições de vida e de saúde para a sua população. O desenvolvimento econômico é um fator fundamental para que sejam potencializadas e desenvolvidas ações eficazes de vigilância epidemiológica no controle da raiva. (OPAS, 2005).

A incidência da raiva no Brasil difere de acordo com a região geopolítica. Até o ano de 2003 a principal espécie transmissora da raiva no país foi o cão. Em 1990, foram notificados 50 casos de raiva em humanos infectados por acidente com este animal. Já em 2008, este mesmo dado diminuiu sua incidência para zero. Porém, em 2009, o Maranhão voltou a registrar dois casos de raiva humana. (BRASIL, 2011a).

Em 2004, o morcego passou a ocupar o posto como principal agente de transmissão da raiva em função do aumento do número de casos de raiva transmitidos por eles aos animais de produção. (BRASIL, 2011a).

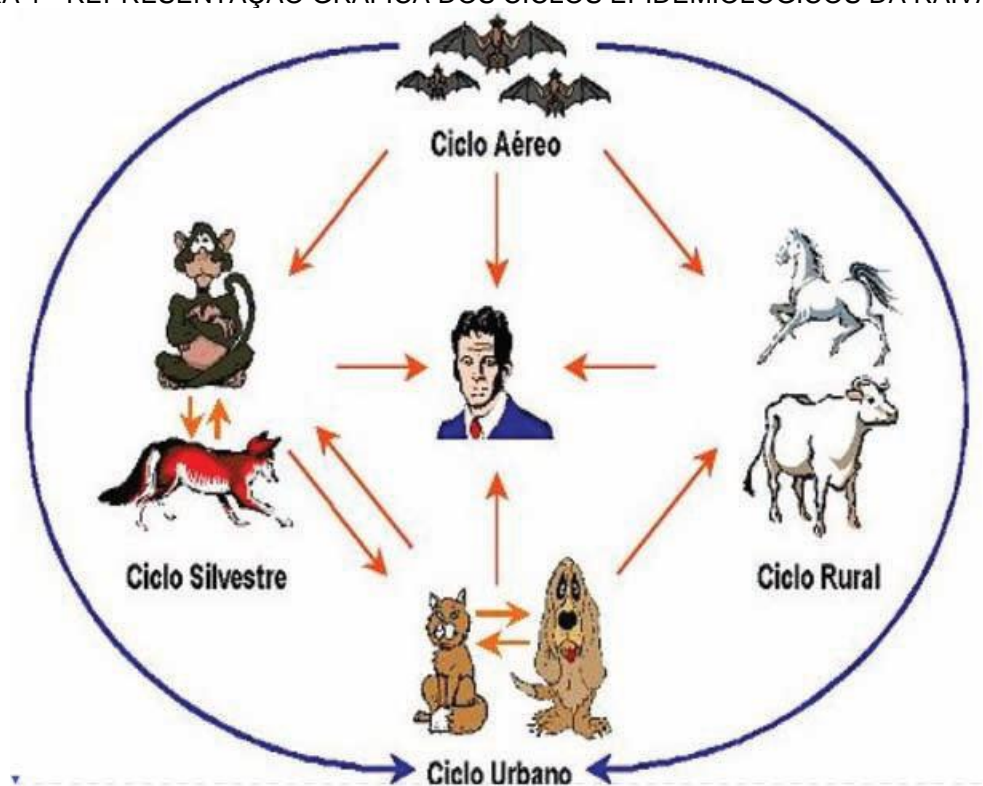
Apesar dos bons resultados obtidos nas campanhas de combate à transmissão canina da doença, nos anos de 2004 e 2005 foram registrados surtos de raiva humana nos estados do Pará e do Maranhão. Nestes casos, o principal agente transmissor da doença foram os morcegos. Mais tarde, em 2008, a região Nordeste notificou mais três casos de raiva em seres humanos, dois transmitidos por morcegos e um, por sagui. (BRASIL, 2010).

Entre os anos de 1980 e 2008, no Brasil, 54% dos casos de raiva humana foram registrados na região Nordeste e 19%, na região Norte. Os estados do Sul do país não apresentam registros desde 1987, ano em que se notificou apenas um

caso, no estado do Paraná, por transmissão de um morcego hematófago. (BRASIL, 2010).

Didaticamente, a raiva é apresentada em quatro ciclos epidemiológicos considerando a origem da infecção (FIGURA 1): ciclo aéreo, ligado aos morcegos; ciclo rural, relacionado aos animais de produção, como bovinos, suínos e equinos; ciclo urbano, associado aos cães e gatos; e, por fim, o ciclo silvestre terrestre, ao qual estão associados os guaxinins, saguis, cachorros do mato e outros animais selvagens. (KOTAIT; CARRIERI; TAKAOKA, 2009).

FIGURA 1 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS CICLOS EPIDEMIOLÓGICOS DA RAIVA



FONTE: BRASIL (2014a, p.688)

Os animais silvestres como morcego de qualquer espécie, sagui, macaco, quati, guaxinim, raposa, gambá, roedores silvestres dentre outros, mesmo que domesticados são considerados como animais de risco, pois os estudos sobre a raiva nesses animais são deficientes. Estudos demonstram que o risco de transmissão do vírus pelo morcego é sempre elevado, independentemente da espécie e da gravidade do ferimento, assim todo acidente com morcego deve ser classificado e tratado como grave. (BRASIL, 2011a).

Animais domésticos de produção ou de interesse econômico (bovinos, equídeos, caprinos, ovinos, suínos) são hospedeiros acidentais do vírus da raiva e também são animais de risco. Os profissionais que cuidam desses animais precisam passar por uma avaliação sobre a indicação de profilaxia pré-exposição, sendo levados em consideração alguns fatores como a epidemiologia local e o grau de exposição do profissional. (BRASIL, 2009b).

Segundo dados do SINAN, no período entre 2011 e 2016, 15 casos de raiva humana foram confirmados no Brasil, sendo sete no Maranhão, um em Mato Grosso do Sul, um no Ceará, um em Minas Gerais, um no Mato Grosso, dois no Piauí, um em Roraima e um na Paraíba, a maioria causado pelo vírus rábico de quirópteros (morcegos) ou de animais silvestres. Todos os casos registrados neste período foram letais. Nas investigações realizadas para este estudo foi possível perceber que, em todos os casos que levaram a vítima a óbito, a assistência médica não foi procurada em tempo hábil para tratar a doença ou a prescrição da profilaxia foi inadequada, estando em desacordo com o esquema preconizado pelo MS. Neste mesmo período, no Brasil, o total de casos de atendimentos antirrábico humano notificados foi de 3.314.401, sendo que as regiões Sudeste e Nordeste apresentam os maiores números de registros em relação ao resto do país, sendo que na primeira tem-se um número significativamente maior de população em relação à segunda. (BRASIL, 2016). Fato que para Schneider e cols. (1996) é facilmente explicado, pois a região Nordeste concentra um maior número de municípios com baixo desenvolvimento econômico e difícil acesso à saúde.

No país todo há registros de raiva em cães e gatos, porém as variantes identificadas nesses animais são do vírus rábico encontrado em morcegos, que tem baixa possibilidade de transmissão. O MS recomenda a realização da campanha anual de vacinação antirrábica canina a 24 estados brasileiros (somente os estados da região Sul do país estão isentos desta recomendação). No Paraná, apenas dois municípios ainda realizam campanha de vacinação antirrábica canina, ambos na fronteira com o Paraguai, Foz do Iguaçu e Guaíra. No entanto, a estimativa é a de que este tipo de campanha deixe de ocorrer no estado nos próximos anos. (BRASIL, 2016).

É necessária a continuidade dessas discussões nas áreas livres da raiva no país, porque é a partir do momento que são declarados como tais que os estados têm a possibilidade de adaptar as recomendações para o controle da raiva em seus territórios, o que acontece de acordo com a situação epidemiológica. Este processo possibilita a otimização dos recursos disponibilizados para o controle do agravo e permite dar outro enfoque para as ações de vigilância no controle da doença. (BRASIL, 2016).

Os principais meios de combate à raiva no Paraná foram as campanhas de vacinação canina, que chegaram a atingir uma cobertura de 100% em todos os municípios do estado. (CARVALHO; SOARES; FRANCESCHI, 2002).

3.5 PROGRAMA NACIONAL DE PROFILAXIA DA RAIVA (PNPR).

Em 1973, por meio de articulação entre o MS, o Ministério da Agricultura, a Central de Medicamentos e com o apoio da OPAS, foi criado o PNPR. O programa teve como propósito sistematizar ações no país para o enfrentamento da raiva humana mediante tratamento de pessoas expostas ao vírus e controle dos animais domésticos, assim coordenando esforços de instituições de nível nacional, estadual e municipal. Com o PNPR instituído, alguns processos importantes que seguiam pendentes foram resolvidos, tais como a divulgação de normas técnicas para padronização do atendimento profilático da raiva em âmbito nacional, a imposição de um padrão de qualidade na produção de imunobiológicos utilizados na contenção da raiva, o aumento da rede de laboratórios para diagnóstico rápido da doença e a implementação de um trabalho de educação em saúde visando à ampla participação da sociedade no controle da doença. Além do PNPR, alguns estados do país tiveram instituídas comissões estaduais de controle da raiva. (SCHNEIDER, 1996).

No começo da década de 1970, o Paraná registrou índices preocupantes da doença: aproximadamente 40 casos de raiva humana. Estes episódios fomentaram a criação de um Programa Estadual e de uma Comissão Interinstitucional que, em 1973, passaram a conduzir a profilaxia da raiva na região. (CARVALHO; SOARES; FRANCESCHI, 2002). As campanhas de vacinação antirrábica canina atingiram seus objetivos ao alcançar uma cobertura vacinal de 80% nesta população. A

assertividade dessas ações surtiu efeitos: o último caso de raiva humana por transmissão canina no país ocorreu em 1977 e o Paraná foi o primeiro estado do país a ser considerado como um território no qual a doença estava controlada. (SCHNEIDER, 1996).

3.6 IMUNOBIOLÓGICOS ANTIRRÁBICOS

A profilaxia pré-exposição é recomendada para profissionais que, em função de suas atividades laborais, correm riscos de se exporem ao vírus rábico. Já a profilaxia pós-exposição deve ocorrer apenas nos casos em que houver um acidente com o animal potencialmente transmissor da raiva e cuja conclusão da análise situacional for a recomendação da profilaxia, que pode ter como indicação somente a vacina, mas também a associação do soro ou da imunoglobulina antirrábica. Esta análise deve ser criteriosa e seguir as recomendações do PNPR, pois os imunobiológicos utilizados para profilaxia da raiva, assim como todos os outros, expõem o usuário a eventos adversos pós-vacinais. No mais, se recomendados desnecessariamente, expõe desnecessariamente o usuário a imunobiológicos, assim como significam um desperdício de recursos públicos. (COSTA et al., 2000).

A vacina utilizada no Brasil para profilaxia da raiva humana até o ano de 2001 era a Fuenzalida & Palácios modificada. Desenvolvida no Chile na década de 1950, esta vacina é constituída de vírus inativado, com uma concentração de 2% de cérebro de camundongo infectado com o vírus rábico. No entanto, estudos apontaram altos índices de eventos adversos graves associados à administração da Fuenzalida & Palácios modificada em usuários o que levou os pesquisadores a desenvolverem outras vacinas contra a raiva com menos efeitos colaterais. (COSTA et al., 2000).

Vacinas produzidas a partir de tecido nervoso provocam mais reações adversas e menos imunogenicidade do que as produzidas por meio de cultura de células. Assim, em 1984, a World Health Organization (WHO) passou a indicar somente o uso de vacinas produzidas por cultura de células em substituição à produzida pelo tecido nervoso. (WHO, 2013).

De acordo com Kotait, Carrieri e Takaoka (2009, p. 36), as vacinas antirrábicas humanas “podem ser desenvolvidas a partir de linhagens de células: diploides humanas, Vero (rim de Macaco Verde africano), fibroblastos de embrião de galinha, de feto de macaco Rhesus, de rim de hamster e a considerada similar, de embrião de pato” (Quadro 1).

QUADRO 1 - VACINAS HUMANAS DESENVOLVIDAS A PARTIR DE LINHAGEM DE CÉLULAS

Vacina	Tipo	Substrato	Características	Locais onde é utilizada
Cultura de Células				
HDCV 1964-1985	Inativada por B propiolactona	Cultura de fibroblastos humanos/ células diplóides	Alto custo; vacina humana contra raiva considerada padrão. Ceba Pitman-Moore	EUA, Europa e outras partes do mundo
RVA 1982	Inativada por B propiolactona	Cultura de células fetais de macacos Rhesus	Poucas reações alérgicas, utilizada apenas nos EUA. Ceba CVS	EUA
PHKCV 1960-1983	Inativada por formol	Cultura de células de rim de hamster baby da Síria	Utilizada na população da China Já inativada por B propiolactona Ceba Pequim	China e Rússia
PCECV 1965-1984	Inativada por B propiolactona	Cultura de células embrionárias de fibroblastos de galinha	Purificada por ultracentrifugação Alergia a ovo Ceba Flury	Alemanha, EUA e outras partes do mundo
PVCV 1985	Inativada por B propiolactona	Cultura de células de linhagem VERO (rim de macaco verde africano)	Concentrada e purificada por ultracentrifugação Ceba Pitman-Moore	França, Brasil e outras partes do mundo

FONTE: KOTAIT; CARRIERI; TAKAOKA (2009).

Em alguns países, como no Brasil, utiliza-se a *Purified Vero Cell Rabies Vaccine* (PVCV), que é elaborada em cultura de células Vero. (KOTAIT; CARRIERI; TAKAOKA, 2009). Desde o ano de 2002 esta vacina é distribuída pelo MS por ser considerada de alta imunogenicidade e apresentar baixa reação adversa. (BRASIL, 2011a).

A Comissão de Padronização de Produtos Biológicos faz uma série de exigências sobre a caracterização, produção e controle das vacinas contra a raiva humana para manter a padronização no mundo e garantir uma vacina de qualidade.

O tempo de validade dessas vacinas não ultrapassa três anos, sendo necessário o armazenamento sob refrigeração nas temperaturas de +2°C e +8°C. (WHO, 2013).

As características das vacinas devem seguir um padrão de qualidade, segurança e eficácia com padrões reconhecidos internacionalmente. As autoridades nacionais podem assumir a responsabilidade de regulamentar a vacina produzida, mas o produtor deve atender a todas as exigências para passar pela qualificação internacional. (WHO, 2013).

O esquema profilático de pré-exposição (termo utilizado para indicar pessoas de risco antes da ocorrência do agravo) e pós-exposição (voltados para a população em geral após a ocorrência do agravo) deve conferir imunidade duradoura ao indivíduo mesmo após os títulos de anticorpos sofrerem declínio com o passar do tempo. No entanto, a OMS indica a realização da profilaxia completa em casos de reexposição ao vírus. (KOTAIT; CARRIERI; TAKAOKA, 2009; WHO, 2013).

O esquema de profilaxia antirrábica (Quadro 2) varia de acordo com o tipo de exposição e pode ser administrado no usuário apenas a vacina, a vacina e o soro heterólogo de origem animal ou a vacina e o soro homólogo (imunoglobulina). O soro heterólogo, ou imunoglobulina, deve ser aplicado no máximo até o sétimo dia após início do esquema vacinal. Passado este período, a imunoglobulina é considerada desnecessária, tendo em vista que a resposta imunológica da vacina é considerada alta por si só. (KOTAIT; CARRIERI; TAKAOKA, 2009).

Os acidentes são classificados como: acidentes leves (ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco, em membros, exceto mãos e polpas digitais e planta dos pés; podem acontecer em decorrência de mordeduras, arranhaduras ou lambedura de pele com lesões superficiais) e acidentes graves (ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo, ferimentos na cabeça, face, pescoço, mãos, polpas digitais e/ou planta do pé, lambedura de mucosas ou de pele onde já exista lesão grave e ferimentos profundos causados por unha de animal). (KOTAIT; CARRIERI; TAKAOKA, 2009).

QUADRO 2 - ESQUEMA PARA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO ANTIRRÁBICA HUMANA COM VACINA DE CULTIVO CELULAR

Tipo de exposição	Cão ou gato sem suspeita de raiva no momento da agressão	Cão ou gato clinicamente suspeito de raiva no momento da agressão	Cão ou gato raivoso, desaparecido ou morto; animais silvestres (inclusive os domiciliados); animais domésticos de interesse econômico ou de produção
Contato indireto	Lavar com água e sabão Não fazer esquema pós-exposição		
Indivíduos com esquema de pré-exposição, com comprovação sorológica (título maior ou igual a 0,5UI/mL)	Duas doses de vacina, uma no dia 0 e outra no dia 3 Não indicar soro		
Acidentes leves	Lavar com água e sabão Observar o animal durante 10 dias após a exposição ^a : se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso; se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar 5 doses de vacina (dias 0, 3, 7, 14 e 28)	Lavar com água e sabão Iniciar esquema profilático com duas doses, uma no dia 0 e outra no dia 3 Observar o animal durante 10 dias após a exposição ^a Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até 5 doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose nos dias 14 e 28	Lavar com água e sabão Iniciar imediatamente o esquema profilático com 5 doses de vacina, administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28
Acidentes graves	Lavar com água e sabão Observar o animal durante 10 dias após exposição ^{a,b} Iniciar esquema profilático com duas doses, uma no dia 0 e outra no dia 3 Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, dar continuidade ao esquema profilático, administrando o soro e completando o esquema até 5 doses – aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose nos dias 14 e 28	Lavar com água e sabão Iniciar o esquema profilático com soro e 5 doses de vacina nos dias 0, 3, 7, 14 e 28 Observar o animal durante 10 dias após a exposição. Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso	Lavar com água e sabão Iniciar imediatamente o esquema profilático com soro 5 doses de vacina, administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28

^a É necessário orientar o paciente para que ele notifique imediatamente a unidade de saúde se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, uma vez que podem ser necessárias novas intervenções de forma rápida, como a aplicação do soro ou o prosseguimento do esquema de vacinação.

^b É preciso avaliar, sempre, os hábitos do cão e do gato e os cuidados recebidos. Podem ser dispensadas do esquema profilático as pessoas agredidas pelo cão, ou gato, que, com certeza, não têm risco de contrair a infecção rábica. Por exemplo, animais que vivem dentro do domicílio (exclusivamente); que não tenham contato com outros animais desconhecidos; que somente saem à rua acompanhados dos seus donos e que não circulem em área com a presença de morcegos. Em caso de dúvida, iniciar o esquema de profilaxia indicado. Se o animal for procedente de área de raiva controlada, não é necessário iniciar o esquema. Manter o animal sob observação durante 10 dias e somente iniciar o esquema indicado (soro + vacina) se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso nesse período.

FONTE: BRASIL (2014 a, p.705).

QUADRO 3 - IMUNOBIOLOGICOS UTILIZADOS NA PROFILAXIA ANTIRRÁBICA HUMANA

IMUNOBIOLOGICO	VACINA CONTRA A RAIVA	SORO ANTI-RÁBICO
Característica	Antígeno rábico (Vírus inativado)	Anticorpo antirrábico (imunoglobulina)
Atuação	Estimula a produção de anticorpos antirrábicos no organismo	São anticorpos antirrábicos produzidos em outro organismo
Imunidade	Ativa	Passiva
Tipos	Produzida em tecido de SNC animal (Fuenzalida & Palácios modificada) Produzidas em cultivo celular ou similar(HDCV, VERO, PDEV e embrião de pato)	Produzido em animais (equídeos – ERIG) ou Soro antirrábico heterólogo Produzido em humanos – Imunoglobulina antirrábica humana

FONTE: KOTAIT; CARRIERI; TAKAOKA (2009).

3.7 CENÁRIO DE ESTUDO.

O estado do Paraná ocupa uma área de 199.709,1 km², está localizado na região sul do Brasil, tendo como capital a cidade de Curitiba, outras importantes cidades são Londrina, Maringá, Foz do Iguaçu, Ponta Grossa, Cascavel, Guarapuava e Paranaguá. Tem como fronteiras: Norte e Nordeste o Estado de São Paulo; Leste o Oceano Atlântico; Sul o Estado de Santa Catarina; Sudoeste a Argentina; Oeste o Paraguai; Noroeste o Estado do Mato Grosso do Sul. É um dos 27 Estados Brasileiros, sendo o 15º maior em área territorial, com aproximadamente 11 milhões de habitantes é o 6º maior em população, e referente ao Produto Interno Bruto (PIB) é o 4º maior do País. (ROCHA, 2016).

O clima paranaense apresenta diferenças marcantes, varia de tropical úmido ao Norte a temperado úmido ao Sul. A população é constituída por descendentes de diversas etnias como: ucranianos, poloneses, alemães, holandeses, italianos, espanhóis, japoneses e portugueses, e por imigrantes vindos em sua maioria dos estados de Minas Gerais, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. (IPARDES, 2004).

O início do desenvolvimento da economia paranaense se deu pela prática do agronegócio, principalmente pelo cultivo do café. O estado do Paraná passou a desenvolver sua produção industrial juntamente com a agricultura na década de 1970, período em que o governo estadual elaborou uma série de políticas públicas para incentivos fiscais atraírem investidores, resultando em um expressivo

crescimento na produção relativa aos bens de consumo durável e bens de capital. O Estado tornou-se um ícone perante a economia brasileira acompanhando as modernizações econômicas junto ao mercado nacional. (TRINTIN; CAMPOS, 2013).

A 2ª RS do Paraná foi escolhida como cenário do estudo, pois apresenta a maior densidade populacional do estado 212,78hab/Km², conseqüentemente, é a regional que recebe a maior quantidade de imunobiológicos e possui um numeroso banco de dados de notificações de atendimentos antirrábicos 89.396 no período estudado.

É conhecida como Região Metropolitana de Curitiba, tem grande destaque e influência na economia e na política estadual, vem se fortalecendo predominantemente na produção de bens de capital e consumo duráveis, enquanto nas demais mesorregiões do interior do Estado, a produção industrial se concentra mais na produção de bens de consumo não duráveis, predominantemente em produtos alimentares e na produção de bens intermediários, com destaque para as indústrias da madeira, papel e papelão. (TRINTIN; CAMPOS, 2013).

O setor agropecuário tem uma participação essencial na economia do Estado, presente em todas as regiões, a que obteve um aumento expressivo nos últimos anos foi a macrorregião Oeste, porém a macrorregião Leste continua sendo a maior geradora de renda para o Estado. A regional de Cascavel no ano de 2013 superou a de Ponta Grossa que até então era o destaque da produção agropecuária. (PARANÁ, 2016).

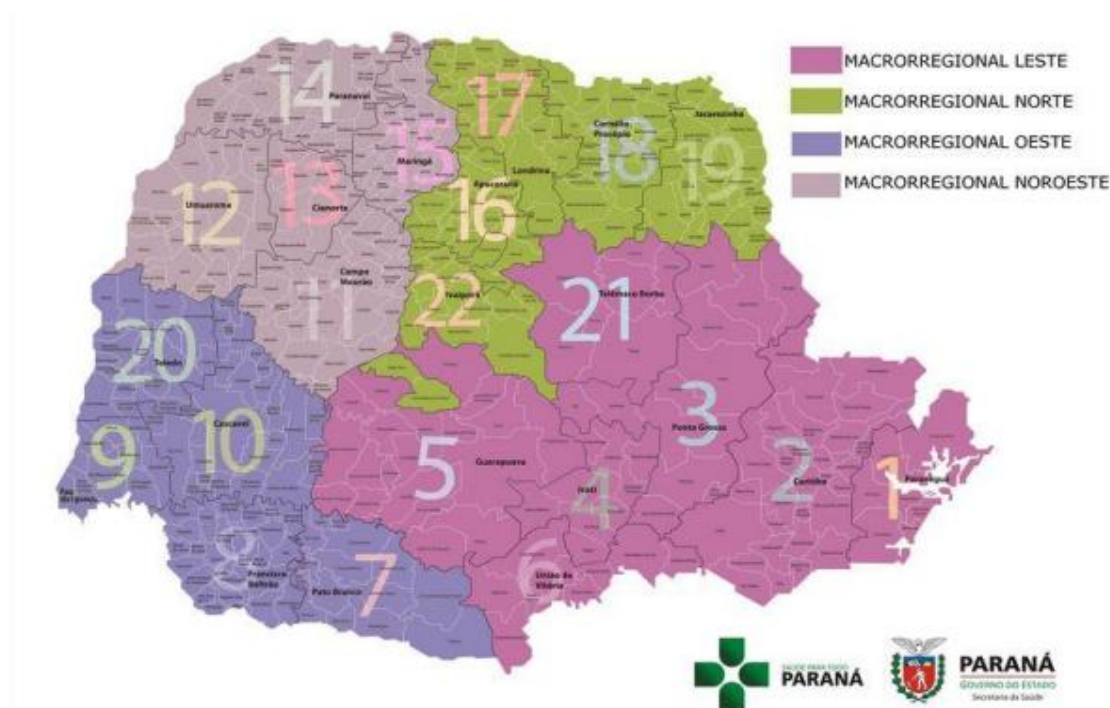
De acordo com o Censo Demográfico de 2010 o Paraná teve um volume de crescimento populacional de 0,89% por ano entre os anos de 2000-2010. Essa taxa é inferior à do país, mas equivalente à da Região Sul como um todo. Proporcionalmente a população do Paraná representa 38,1% da população da região Sul e 5,5% da nacional. (PARANÁ, 2016).

A constituição das Redes de Atenção à Saúde no Estado, iniciou-se no ano de 2013, então os 399 municípios do Estado foram divididos em 4 macrorregionais (Mapa 1): Leste, Oeste, Norte e Noroeste, seguindo referências dos serviços de média e alta complexidade existentes nas regiões de saúde, a capacidade de atender urgências e emergências de acordo com as respectivas complexidades e grau de competência, e dos pólos regionais de desenvolvimento econômico, de

acordo com o mapa 1. As Redes de Atenção à Saúde foram determinadas após um amplo estudo dos serviços de referência em cada região, para facilitar o desenvolvimento de cada uma delas focado nas necessidades individuais. (PARANÁ, 2015).

Os serviços de urgência e emergência atuavam com independência até 2010, não tinham nenhuma coordenação para organizar de uma maneira coerente os serviços. Por isso em 2011 foi criada a Rede Paraná Urgência, com o objetivo de organizar todos os serviços de urgência de forma que se complementem, com desenvolvimento na qualificação e padronizando as ações dos serviços. (PARANÁ, 2016).

MAPA 1 - MAPA POLÍTICO DO ESTADO DO PARANÁ, DIVISÃO POR MACRORREGIONAIS



FONTE: PARANÁ (2016).

No que diz respeito à Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA/PR), em sua estrutura administrativa os municípios estão divididos em 22 Regionais de Saúde (Mapa 2): Paranaguá, Curitiba, Ponta Grossa, Irati, Guarapuava, União da Vitória, Pato Branco, Francisco Beltrão, Foz do Iguaçu, Cascavel, Campo Mourão, Umuarama, Cianorte, Paranavaí, Maringá, Apucarana, Londrina, Cornélio Procópio, Jacarezinho, Toledo, Telêmaco Borba e Ivaiporã. (PARANÁ, 2016).

As quantidades de municípios que compõe cada regional são diferentes em número, assim como em aspectos geográficos e histórias de ocupações de seus territórios. A regionalização dos serviços de saúde no Paraná desenvolveu-se baseado na oferta de serviços de saúde, nos pólos regionais de desenvolvimento e na disposição política municipal. (PARANÁ, 2015).

MAPA 2 - MAPA POLÍTICO DO ESTADO DO PARANÁ, DIVISÃO POR REGIONAIS DE SAÚDE



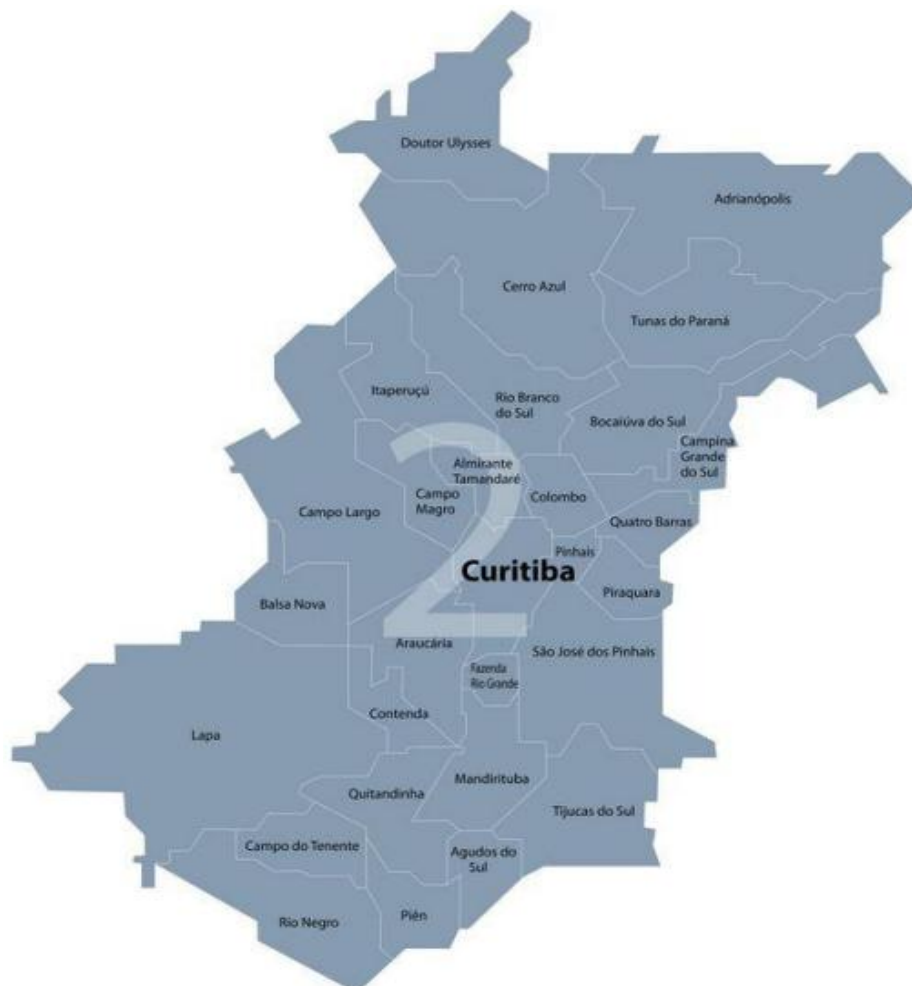
FONTE: PARANÁ (2016, p.13).

A criação da Região Metropolitana de Curitiba se deu pela Lei Complementar Federal n.º 14/73, a configuração inicial compreendia 14 municípios, porém houve alguns desmembramentos territoriais e em 2011 por meio da Lei Complementar Estadual n.º 139/11 a 2ª RS passou a ser integrada pelos 29 municípios conforme mapa 3. Com área total de 16.627,209KM², é a mais populosa do Estado, habitada por mais de 3 milhões de pessoas. (PARANÁ, 2016).

Situa-se a leste do Estado, na maior parte no primeiro planalto, a Floresta Atlântica é o principal ecossistema desta região, abrangendo praticamente todo o território, porém sérios danos causados pelo desmatamento relacionado à agricultura e a agropecuária, entre outros problemas como a poluição e extrativismo demasiado,

colocam em risco a biodiversidade da fauna e flora deste território. Causando um inevitável desequilíbrio em uma floresta considerada patrimônio nacional. (CAMPOS; SILVEIRA FILHO, 2010).

MAPA 3 - SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ. REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA



FONTE: PARANÁ (2016, p.19)

É uma região marcada por discrepâncias em seu território tendo o aglomerado urbano mais importante do Estado (Curitiba) e os municípios de maior pobreza (Vale do Ribeira). Há muitas adversidades que precisam de soluções para tornar a 2ª RS homogênea, questões como: demografia, desigualdade econômica entre os municípios, o desemprego, a necessidade de saneamento básico em algumas cidades, a carência de mão de obra especializada, a ocupação irregular, a proteção dos mananciais e o espaço para crescimento. Esta é uma região marcada por disparidades representadas também por grandes pólos industriais com

significativa relevância econômica e turismo rural que em algumas cidades impulsiona a economia. (IPARDES, 2004).

Os dados do estudo de Trintin e Campos (2013, p. 169) destacam a concentração da produção industrial do Estado na mesorregião de Curitiba. Esse destaque é decorrente de fortes incentivos fiscais e financeiros que grandes empresas receberam do governo do Estado para se acomodarem no Estado. Assim a Cidade Industrial de Curitiba e sua redondeza apresentaram um expressivo crescimento desde a década de 1970. Esse fenômeno, de certo modo, é esperado uma vez que a grande maioria dos projetos de investimentos implementados pelos governos que se sucederam desde os anos 1970 foram pensados para contemplar essa mesorregião, o setor automobilístico tornou-se o destaque na Região Metropolitana de Curitiba.

A Rede Paraná Urgência na 2ª RS conta com o total de 27 serviços, estrategicamente implantados em 15 municípios que conseguem abranger uma grande parte da população, que depende da integração dos serviços e da qualidade destes. (PARANÁ, 2015).

Curitiba é a maior cidade da Regional e a capital do Estado, têm um território de 432 km², com uma vigorosa taxa de urbanização de 92%, o que leva a Prefeitura a planejar ações sob um enfoque metropolitano, a cidade é marcada por um constante planejamento urbano incluindo a região metropolitana, para que o avanço nas diversas áreas seja expandido, e não concentrado apenas na capital. A industrialização é um marco na história desta cidade, que evoluiu de uma economia agrícola, sendo impulsionada pela implantação da Cidade Industrial de Curitiba nos anos 1970. (CURITIBA, 2016).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico ecológico de abordagem quantitativa, posto que foram analisadas as informações nas fichas de investigação de atendimento antirrábico (ANEXO 2) nos municípios da 2ª RS do Paraná referentes ao período de 2009 – 2014, as quais estão disponíveis no banco do SINAN da SESA-PR e as informações sobre doses aplicadas de vacina contra raiva humana do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).

O método quantitativo caracteriza-se pela quantificação dos dados coletados, seja na coleta de informações ou na análise delas por meio de técnicas estatísticas. Tem como pressuposto garantir a precisão dos dados e análises para que as distorções de interpretações sejam evitadas ao máximo. (RICHARDSON, 2007).

Esta pesquisa está ancorada na Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), proposta por Egry (1996), a qual se constitui como um marco teórico e metodológico para a enfermagem em saúde coletiva.

A TIPESC se fundamenta no pensamento crítico e reflexivo proposto pelo Materialismo Histórico Dialético, assim propõe a compreensão da realidade objetiva de saúde para a construção de uma intervenção que modifique a situação investigada. Para que se faça esta intervenção, a TIPESC propõe um processo composto por cinco etapas: captação da realidade objetiva; interpretação dos dados coletados sobre a realidade objetiva; construção do projeto de intervenção com vistas a modificar a realidade; intervenção na realidade; e reinterpretação da realidade. (EGRY, 1996).

Neste projeto se objetivou realizar as etapas de captação da realidade, interpretação dos dados coletados e a construção do projeto de intervenção com vistas a modificar a realidade. Esta última foi elaborada a partir dos resultados e análise dos dados, assim como sua interpretação, ou seja, a partir da realidade descrita.

Para proceder as análises dos dados, as informações obtidas em cada banco de dados foram agrupadas para, posteriormente, serem verificadas as

relações entre as variáveis que permitiram caracterizar a ocorrência do acidente que pode levar ao desenvolvimento do agravo, assim como averiguar o número de doses de vacina antirrábica aplicadas em indivíduos moradores dos municípios na 2ª RS.

Segundo Medronho et al. (2005), quando a coleta dos dados ocorrer por meio de informações de um banco de dados público e o pesquisador, junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), comprometer-se a adotar cuidados que previnam e evitem a identificação dos envolvidos, no caso dos indivíduos que são notificados com a ocorrência, não há danos potenciais aos resultados pelo fato de se fazer cruzamentos das variáveis ali relacionadas.

Neste sentido, conforme a Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), os pesquisadores submeteram a proposta de pesquisa ao CEP da Universidade Federal do Paraná com pedido de dispensa do TCLE, visto que o banco de dados que se pretende analisar apresenta as informações dos usuários do sistema de saúde sob forma codificada, o que garante a impossibilidade de identificação de participantes. Foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná sob parecer nº 1.812.687 (ANEXO 3), e pelo Comitê de Ética do Hospital do Trabalhador/SES/PR sob parecer nº 1.844.191 (ANEXO 4) por ser da instituição coparticipante.

A análise dos dados coletados foi realizada de acordo com a capacidade de inferência dos resultados, ou seja, foram analisados somente os dados cuja possibilidade de agrupamento das informações permitiu esta ação. Para a quantificação destes dados, o estudo fez uso de *software* de apoio, o TABWIN versão 2.0 (Tabulador para Windows). Para Medronho et al. (2005), a inferência é o conjunto de métodos que permitem formular, no que refere ser por meio de métodos que indiquem a probabilidade, um julgamento sobre um dado agravo ou dados populacionais a partir dos resultados observados em uma amostra extraída dessa população. Assim, acredita-se que as informações obtidas permitiram apontar os indicadores e características do fenômeno delimitado neste estudo, e foram discutidos com objetivo de estabelecer relações entre as variáveis para analisar a ocorrência do agravo (atendimento antirrábico) na 2ª RS do Paraná, assim como se verificou a recomendação de uso da vacina antirrábica humana nesta regional.

Os bancos de dados secundários estudados foram o SINAN e o SI-PNI no período de 2009-2014, posto que o SINAN permite a observação dos dados de notificação e o SI-PNI das doses aplicadas de vacina contra raiva humana.

A proposta de intervenção foi apresentada para os gestores da divisão de zoonoses da SESA-PR e para a coordenadora do programa de controle da raiva com a finalidade de conseguir apoio técnico para o desenvolvimento da pesquisa e para aumentar a viabilidade do projeto partindo do garantido interesse das instituições, uma vez que, foi elaborada a proposta de curso com o objetivo de intervir na realidade dos serviços de saúde da regional referida.

As análises dos registros de banco de dados do setor saúde referentes ao presente estudo compreenderam o período de 2009 a 2014 por considerá-lo como suficiente para reunir as informações necessárias para atingir os objetivos de verificar e analisar o fenômeno estudado.

Por fim, a pesquisa visou elaborar a proposta de intervenção sobre a realidade estudada do atendimento antirrábico na 2ª RS, que, no caso do presente projeto, trata-se de uma proposta de educação permanente para profissionais dos serviços de saúde da regional de saúde já referida. A proposta de curso foi elaborada tendo como base os dados analisados - captação e interpretação dos dados coletados sobre a realidade objetiva. Assim, a finalidade deste trabalho foi demonstrar a realidade da profilaxia antirrábica nos serviços de saúde dos municípios da 2ª RS do Paraná para assim propor a intervenção na realidade, por meio de uma ação de educação permanente voltada aos profissionais dos serviços de saúde no atendimento às vítimas de acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva - construção do projeto de intervenção com vistas a modificar a realidade. Educação permanente fundamenta-se ao olhar o trabalho a partir do cotidiano dos trabalhadores, “é um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde”. (CECCIM; FERLA, 2009). Conforme apresentado no Capítulo 8.

5 RESULTADOS

No período estudado, o estado do Paraná teve um total de 259.953 casos notificados de atendimento antirrábico humano registrados no SINAN. Destes, 89.396 foram notificados na 2ª RS, ou seja: 34,4% de todas as notificações de atendimento antirrábico do Paraná estão concentradas nesta regional. Entre os municípios com maior número de notificações de atendimento antirrábico na 2ª RS, Curitiba se destaca com 63,6% (56.850) do total de notificações, seguida pelos municípios de São José dos Pinhais 7% (6.375), Colombo 5,3% (4.695), Araucária 4,7% (4.237), Pinhais 2,6% (2.343), Fazenda Rio Grande 2,2% (1.946) e Almirante Tamandaré 2% (1.795) (Tabela 1). Segundo dados do SINAN, mais de 99% (89.103) dos casos notificados na 2ª RS são de residentes na região, os demais se referem a usuários vindos de outras localidades.

Em relação ao sexo do usuário, há uma predominância dos casos em homens, somando 53,4% (47.768) do total, contrapondo-se aos 46,6% (41.618) dos casos com mulheres. Em dez atendimentos o campo sexo não foi preenchido (Tabela 2).

A tabela 3 mostra que em 4, dos 29 municípios pertencentes à referida regional, o número de atendimentos a moradores de zonas rurais superaram os atendimentos a moradores de zonas urbanas e periurbanas. Considerando a 2ª RS como um todo, maioria da população que recebeu atendimento antirrábico 94,6% (84.540) reside na zona urbana, 3,3% do total reside na zona rural (2.987) e apenas 0,2% (169) das pessoas atendidas declaram residir em zona periurbana, 1,9% (1.700) não declararam a zona de residência.

Na faixa etária mais atingida encontra-se a população entre 20 e 49 anos, que soma 37,1% (33.175) dos atendimentos, seguida por 22,2% (19.895) dos usuários na faixa de 01 a 09 anos; 17,7% (15.867) na faixa etária dos 10 aos 19 anos; 17,5% (12.650) na faixa de 50 a 64 anos; e 6,3% (5.633) dos atendidos na faixa dos 65 aos 79 anos. Os usuários com menos de um ano e mais de 80 anos somam 2,4% (2.167) (Tabela 4). As ocupações mais assinaladas nas fichas de notificações estão: estudante, em 36,6% (12.676) dos casos; dona de casa, representando 13,6% (4.729) dos atendimentos; e aposentado, em 5,2% (3.515) das ocorrências. As descrições das profissões mais relatadas são as de: pedreiro,

em 1,9% (665) dos casos; carteiro, referente a 1,1% (378) dos usuários; e vendedor e faxineiro com 1% (348).

TABELA 1 – NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO, POR MUNICÍPIO DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014. PARANÁ, 2017.

MUNICÍPIO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL	%TOTAL
Adrianópolis	6	0	0	1	0	0	7	0,0
Agudos do Sul	32	28	20	36	27	48	191	0,2
Almirante Tamandaré	149	148	264	370	463	401	1795	2,0
Araucária	641	544	708	718	868	758	4237	4,7
Balsa Nova	31	42	33	44	44	27	221	0,3
Bocaiúva do Sul	29	26	26	23	29	26	159	0,2
Campina Grande do Sul	234	236	258	281	200	308	1517	1,7
Campo do Tenente	22	29	20	26	17	22	136	0,2
Campo Largo	477	354	190	205	235	133	1594	1,8
Campo Magro	117	114	112	88	168	159	758	0,9
Cerro Azul	18	35	37	35	40	88	253	0,3
Colombo	751	632	672	983	733	924	4695	5,3
Contenda	24	32	61	44	56	61	278	0,3
Curitiba	9014	9121	9628	9620	9432	10035	56850	63,6
Doutor Ulysses	3	4	5	3	10	17	42	0,1
Fazenda Rio Grande	378	353	280	277	340	318	1946	2,2
Itaperuçu	72	83	52	107	101	23	438	0,5
Lapa	92	79	170	195	176	198	910	1,0
Mandirituba	19	83	93	48	68	113	424	0,5
Pien	6	17	47	39	26	15	150	0,2
Pinhais	260	468	356	393	377	489	2343	2,6
Piraquara	291	251	249	284	249	198	1522	1,7
Quatro Barras	76	75	88	105	100	69	513	0,6
Quitandinha	81	69	89	82	85	71	477	0,5
Rio Branco do Sul	138	140	119	129	113	81	720	0,8
Rio Negro	69	54	70	50	68	133	444	0,5
São José dos Pinhais	935	848	882	1294	1189	1227	6375	7,1
Tijucas do Sul	59	56	65	82	48	55	365	0,4
Tunas do Paraná	1	10	5	9	7	4	36	0,0
TOTAL 2º RS	14025	13931	14599	15571	15269	16001	89396	100,0

FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS (SINAN) (2017).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DE NÚMERO DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO E PROPORÇÃO, SEGUNDO SEXO, POR MUNICÍPIO DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014. PARANÁ, 2017

	IGNORADO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	% MASC	% FEM
Adrianópolis	0	5	2	7	71,4	28,6
Agudos do Sul	0	133	58	191	69,6	30,4
Almirante Tamandaré	0	976	819	1795	54,4	45,6
Araucária	0	2344	1893	4237	55,3	44,7
Balsa Nova	0	123	98	221	55,7	44,3
Bocaiúva do Sul	0	92	67	159	57,9	42,1
Campina Grande do Sul	0	879	638	1517	57,9	42,1
Campo do Tenente	0	74	62	136	54,4	45,6
Campo Largo	0	864	730	1594	54,2	45,8
Campo Magro	0	428	330	758	56,5	43,5
Cerro Azul	0	138	115	253	54,5	45,5
Colombo	0	2557	2138	4695	54,5	45,5
Contenda	0	144	134	278	51,8	48,2
Curitiba	9	30035	26806	56850	52,8	47,2
Doutor Ulysses	0	27	15	42	64,3	35,7
Fazenda Rio Grande	0	1028	918	1946	52,8	47,2
Itaperuçu	0	235	203	438	53,7	46,3
Lapa	0	511	399	910	56,2	43,8
Mandirituba	0	253	171	424	59,7	40,3
Pien	0	93	57	150	62,0	38,0
Pinhais	0	1166	1177	2343	49,8	50,2
Piraquara	0	821	701	1522	53,9	46,1
Quatro Barras	0	252	261	513	49,1	50,9
Quitandinha	1	274	202	477	57,4	42,3
Rio Branco do Sul	0	431	289	720	59,9	40,1
Rio Negro	0	244	200	444	55,0	45,0
São José dos Pinhais	0	3414	2961	6375	53,6	46,4
Tijucas do Sul	0	204	161	365	55,9	44,1
Tunas do Paraná	0	23	13	36	63,9	36,1
TOTAL 2º RS	10	47768	41618	89396	53,4	46,6

FONTE: SINAN (2017)

TABELA 3 – NÚMERO DE CASOS DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO SEGUNDO ZONA DO MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014. PARANÁ, 2017.

MUNICÍPIO	URBANA	RURAL	PERI		TOTAL	%URBANA	%RURAL	% PERI
			URBANA	TOTAL				URBANA
Adrianópolis	5	2	0	7	71,4	28,6	0	
Agudos do Sul	61	119	0	191	31,9	62,3	0	
Almirante Tamandaré	1747	21	6	1795	97,3	1,2	0,3	
Araucária	3924	182	0	4237	92,6	4,3	0	
Balsa Nova	107	100	12	221	48,4	45,2	5,4	
Bocaiúva do Sul	84	65	0	159	52,8	40,9	0	
Campina Grande do Sul	1419	73	5	1517	93,5	4,8	0,3	
Campo do Tenente	87	46	0	136	64	33,8	0	
Campo Largo	1181	148	17	1594	74,1	9,3	1,1	
Campo Magro	655	45	6	758	86,4	5,9	0,8	
Cerro Azul	128	122	1	253	50,6	48,2	0,4	
Colombo	4550	45	22	4695	96,9	1	0,5	
Contenda	175	89	9	278	62,9	32	3,2	
Curitiba	56290	119	31	56850	99	0,2	0,1	
Doutor Ulysses	25	17	0	42	59,5	40,5	0	
Fazenda Rio Grande	1865	60	5	1946	95,8	3,1	0,3	
Itaperuçu	279	20	5	438	63,7	4,6	1,1	
Lapa	706	181	0	910	77,6	19,9	0	
Mandirituba	172	229	5	424	40,6	54	1,2	
Pien	60	85	0	150	40	56,7	0	
Pinhais	2271	8	1	2343	96,9	0,3	0	
Piraquara	1433	54	6	1522	94,2	3,5	0,4	
Quatro Barras	442	25	20	513	86,2	4,9	3,9	
Quitandinha	176	285	0	477	36,9	59,7	0	
Rio Branco do Sul	608	79	0	720	84,4	11	0	
Rio Negro	382	59	1	444	86	13,3	0,2	
São José dos Pinhais	5591	434	17	6375	87,7	6,8	0,3	
Tijucas do Sul	91	269	0	365	24,9	73,7	0	
Tunas do Paraná	26	6	0	36	72,2	16,7	0	
TOTAL 2º RS	84540	2987	169	89396	94,6	3,3	0,2	

FONTE: SINAN (2017).

TABELA 4 - NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, POR MUNICÍPIO DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014. PARANÁ, 2017.

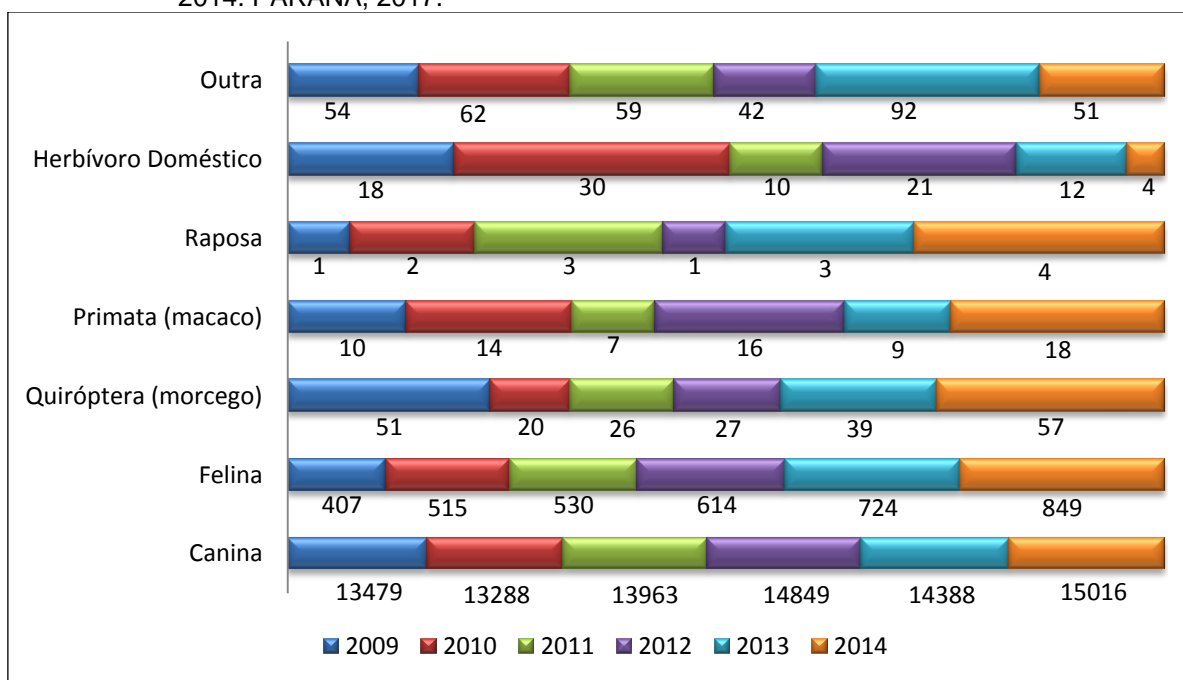
MUNICÍPIO	<1 ANO	01 A 09	10 A 19	20 A 49	50 A 64	65 A 79	>80 ANOS	TOTAL
Adrianópolis	0	11	3	2	0	0	1	7
Agudos do Sul	3	50	41	57	25	11	4	191
Almirante Tamandaré	22	480	383	620	200	78	12	1795
Araucária	71	1165	844	1427	518	178	34	4237
Balsa Nova	4	41	44	83	28	19	2	221
Bocaiúva do Sul	2	33	29	59	19	16	1	159
Campina Grande do Sul	14	455	268	503	187	83	7	1517
Campo do Tenente	2	38	25	42	16	13	0	136
Campo Largo	11	380	295	565	231	98	14	1594
Campo Magro	17	187	152	273	86	36	7	758
Cerro Azul	9	60	41	84	36	20	3	253
Colombo	95	1108	998	1637	563	245	45	4691
Contenda	3	60	48	100	38	24	5	278
Curitiba	543	11786	9547	21849	8486	3868	767	56846
Doutor Ulysses	0	13	13	10	4	2	0	42
Fazenda Rio Grande	21	566	381	609	248	102	19	1946
Itaperuçu	8	130	107	142	26	22	2	437
Lapa	4	227	154	321	117	70	17	910
Mandirituba	13	112	60	149	56	33	1	424
Piên	7	42	30	52	13	3	3	150
Pinhais	32	447	443	898	351	146	26	2343
Piraquara	42	383	317	512	186	72	10	1522
Quatro Barras	8	94	99	193	78	33	8	513
Quitandinha	8	126	66	148	79	42	8	477
Rio Branco do Sul	27	201	144	248	71	28	1	720
Rio Negro	4	101	83	142	79	30	5	444
São José dos Pinhais	125	1499	1191	2300	858	340	62	6375
Tijucas do Sul	4	99	53	138	47	20	4	365
Tunas do Paraná	0	11	8	12	4	1	0	36
TOTAL 2ª RS	1099	19895	15867	33175	12650	5633	1068	89387

FONTE: SINAN (2017).

NOTA: Em nove notificações de atendimento antirrábico não constava a idade.

O gráfico 1 mostra que os caninos lideram o número de notificações por espécie animal agressora nos municípios da 2ªRS, representando 95,1% (84.983) dos casos registrados nos últimos anos. O maior número de atendimentos foi feito no ano de 2014, quando se alcançou 15.016 ocorrências. Em segundo aparecem os felinos, somando 4,2% (3.639) das notificações. Neste caso, o maior número de casos também foi registrado em 2014. Os atendimentos tendo por espécie animal agressora os morcegos representam 0,24% (220), enquanto os casos ignorados ou assinalados em branco somam 0,01% (11). A opção “outra” (que permitia descrever outras espécies) chega a 0,40% (360) dos casos.

GRÁFICO 1 – NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS SEGUNDO ESPÉCIE ANIMAL AGRESSORA, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014. PARANÁ, 2017.

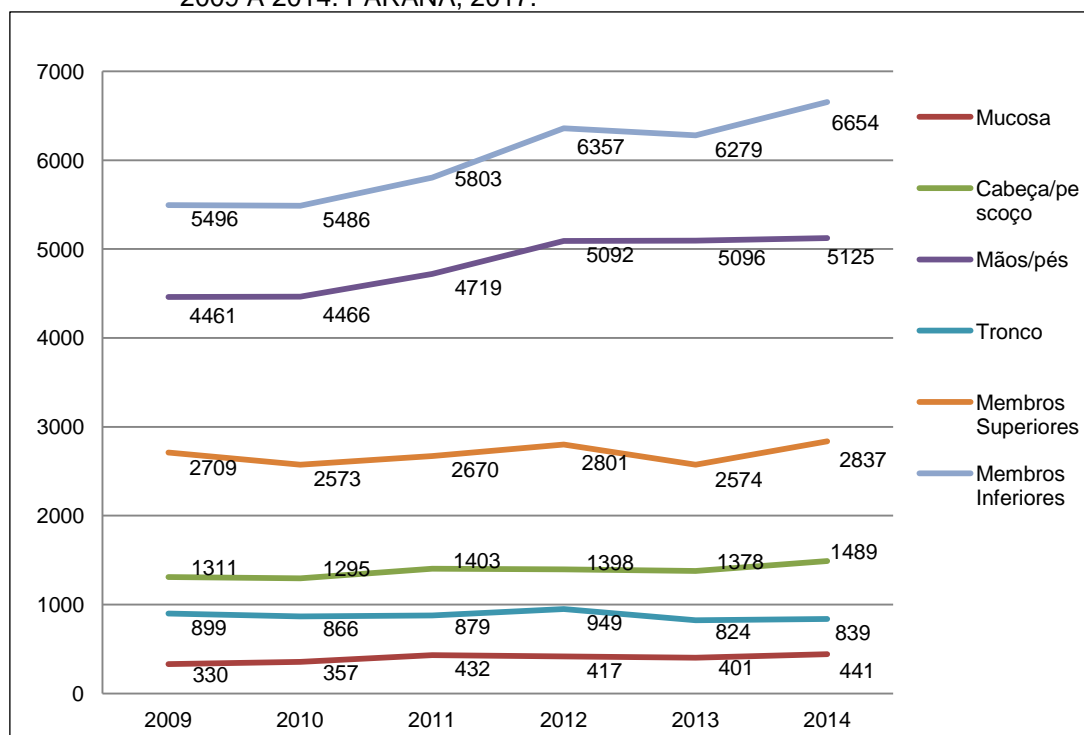


FONTE: SINAN (2017).

Em relação aos locais de exposição do corpo das vítimas, a soma chegou a 97.106, pois na mesma ocorrência podem ser atingidos mais de um local do corpo. Os membros inferiores apareceram com maior frequência nas ocorrências, representando 37,2% (36.075) dos casos; mãos/pés seguem os dados de locais mais afetados com 29,8% (28.959); membros superiores foram atingidos em 16,6% (16.164) dos atendimentos; cabeça/pescoço figuraram em 8,5% (8.274) das notificações; e o tronco, em 5,4% (5.256). Já a mucosa foi a área menos afetada em

comparação com os outros locais de exposição, representando apenas 2,5% (2.378) dos casos (Gráfico 2). Percebe-se um crescimento no número de casos que afetaram membros inferiores e mãos/pés a partir de 2011, enquanto as demais notificações não acompanharam essa tendência.

GRÁFICO 2 – NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS SEGUNDO LOCAL DA EXPOSIÇÃO AO VÍRUS RÁBICO, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014. PARANÁ, 2017.



FONTE: SINAN (2017).

NOTA: Pode ocorrer mais de um local de exposição em cada caso. Logo, o número de casos segundo o local de exposição ultrapassa o número de notificações.

TABELA 5 - NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO SEGUNDO ESPÉCIE ANIMAL AGRESSORA, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014. PARANÁ, 2017.

ESPÉCIE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Canina	13479	13288	13963	14849	14388	15016	84983
Felina	407	515	530	614	724	849	3639
Quiróptera (morcego)	51	20	26	27	39	57	220
Primata (macaco)	10	14	7	16	9	18	74
Raposa	1	2	3	1	3	4	14
Herbívoro Doméstico	18	30	10	21	12	4	95
Outra	54	62	59	42	92	51	360
Ignorado/branco	5	0	1	1	2	2	11
TOTAL	13964	13897	14566	15528	15221	15926	89396

FONTE: SINAN (2017).

Quanto ao tipo de exposição ao vírus, somando os dados de todos os anos, a mordedura alcançou o maior número de casos, representando 82% (80.207) do total. A arranhadura apareceu em 13% (13.225) dos atendimentos; a lambedura, em 3% (3.189); o contato indireto, em 0,9% (876); e a opção 'outro' foi marcada em 0,5% (468) das notificações. O número de casos de mordeduras voltou a subir em 2014, logo após uma queda nos registros no ano de 2013 (Tabela 6).

TABELA 6 - NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO SEGUNDO TIPO DE EXPOSIÇÃO AO VÍRUS, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014. PARANÁ, 2017.

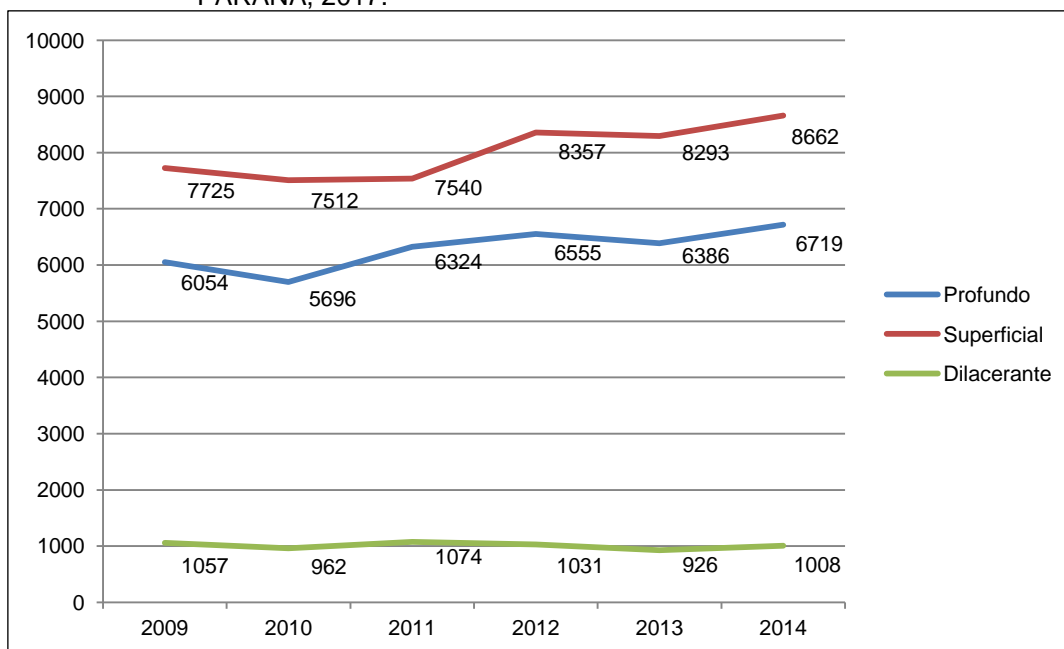
TIPO DE EXPOSIÇÃO AO VÍRUS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Indireto	132	144	166	141	157	136	876
Arranhadura	2064	2086	2185	2282	2315	2293	13225
Lambadura	405	525	453	610	603	593	3189
Mordedura	12577	12446	12997	13994	13688	14505	80207
Outro	73	88	80	72	89	66	468
TOTAL	15251	15289	15881	17099	16852	17593	97965

FONTE: SINAN (2017).

NOTA: Pode ocorrer mais de um tipo de exposição ao vírus, logo o número de casos ultrapassa as notificações.

No gráfico 3, considerada a caracterização dos ferimentos, foram encontrados 91.881 tipos de feridas entre os 89.396 casos registrados. Tendo-se como total a soma dos registros de todo o período de análise, 52% (48.089) dos ferimentos correspondem ao tipo superficial; enquanto em 41% (37.734) das notificações aparecem os ferimentos de tipo profundo; e em 7% (6.058) dos atendimentos os machucados caracterizam o tipo dilacerante. A partir de 2012, o número de usuários com ferimentos superficiais superou 8.200 ocorrências, sendo que, entre 2009 e 2011, este número não passou dos 7.725 registros. Esse crescimento no número de atendimentos também pode ser observado para os casos com ferimentos profundos. Para os ferimentos dilacerantes, no entanto, o que se percebe é uma menor variação ao longo dos anos.

GRÁFICO 3 – NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS SEGUNDO TIPO DE FERIMENTO, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014. PARANÁ, 2017.



FONTE: SINAN (2017).

NOTA: Pode ocorrer mais de um tipo de ferimento. Logo, o número de casos ultrapassa as notificações.

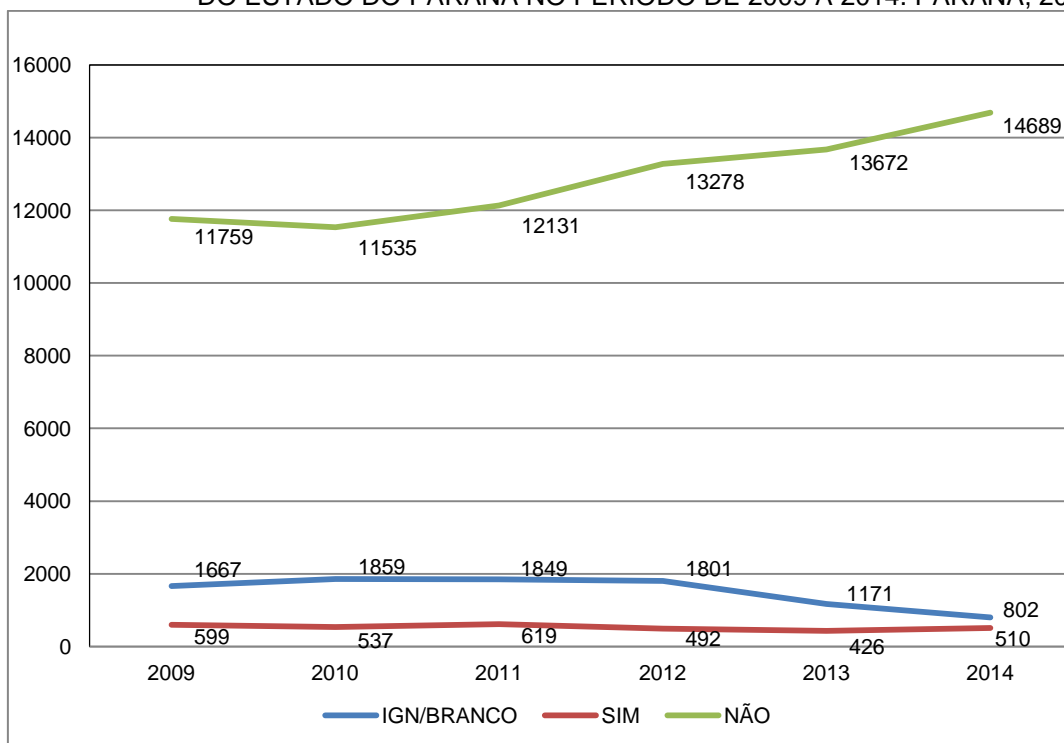
TABELA 7 - NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO SEGUNDO ANTECEDENTES DE TRATAMENTO PÓS-EXPOSIÇÃO, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014. PARANÁ, 2017.

ANO DA NOTIFICAÇÃO	IGN/BRANCO	SIM	NÃO	TOTAL	% PÓS EXPOSIÇÃO	%IGN/RANCO
2009	1667	599	11759	14025	4,27	11,89
2010	1859	537	11535	13931	3,85	13,34
2011	1849	619	12131	14599	4,24	12,67
2012	1801	492	13278	15571	3,16	11,57
2013	1171	426	13672	15269	2,79	7,67
2014	802	510	14689	16001	3,19	5,01
TOTAL	9149	3183	77064	89396	3,56	10,23

FONTE: SINAN (2017).

O gráfico 4 apresenta o número de atendimentos antirrábico a pessoas que já receberam o tratamento pós-exposição pelo menos uma vez na vida. Os dados mostram que 86% (77.064) dos usuários não tinham recebido tratamento pós-exposição previamente e também que este índice vem crescendo desde 2010. Por outro lado, apenas 4% (3.183) das pessoas receberam tratamento pós-exposição previamente, enquanto 10% (9.149) das notificações assinalaram “ignorado/branco” nesta categoria.

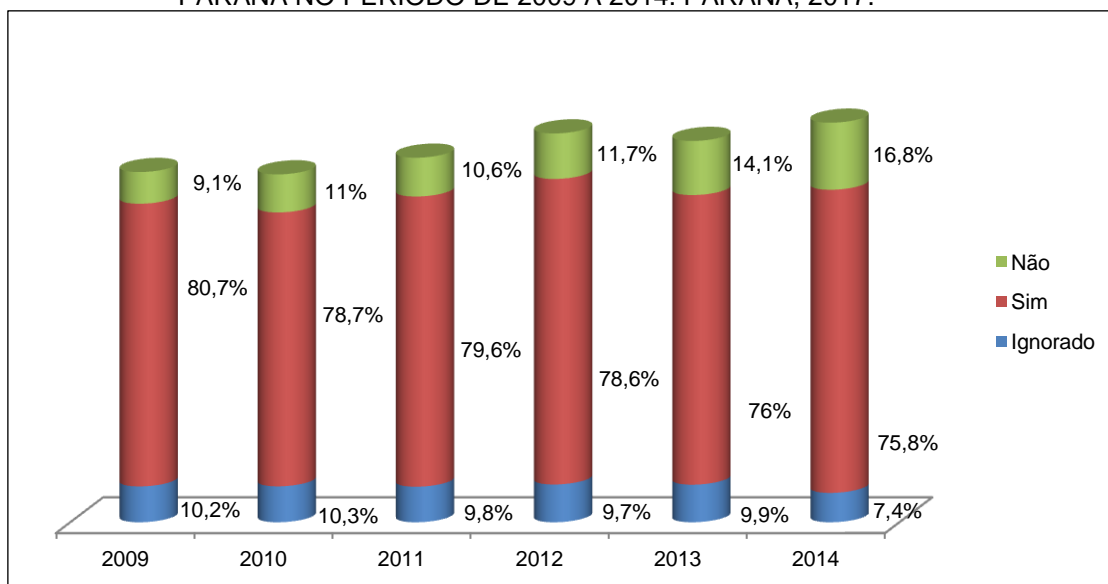
GRÁFICO 4 – NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE PESSOAS QUE JÁ RECEBERAM O TRATAMENTO PÓS-EXPOSIÇÃO PREVIAMENTE, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014. PARANÁ, 2017.



FONTE: SINAN (2017).

Ao observar o gráfico 5, percebe-se relativa constância nos registros de atendimentos anuais nos quais os usuários declararam que o animal agressor era passível de observação, representando 78,1% (69.879) do total de casos. Já 12,3% (11.020) dos atendidos apontam que os agressores não poderiam ser observados, enquanto em 9,5% (8.497) das notificações esse campo não foi preenchido. No ano de 2009, o número de animais passíveis de observação classificados como “ignorado/branco” foi maior que os casos nos quais os agressores não eram passíveis de observação. A partir de 2010, no entanto, este cenário se inverte e o número de notificações com animais não passíveis de observação passa a ser maior que o número de casos assinalados como “ignorado/branco”.

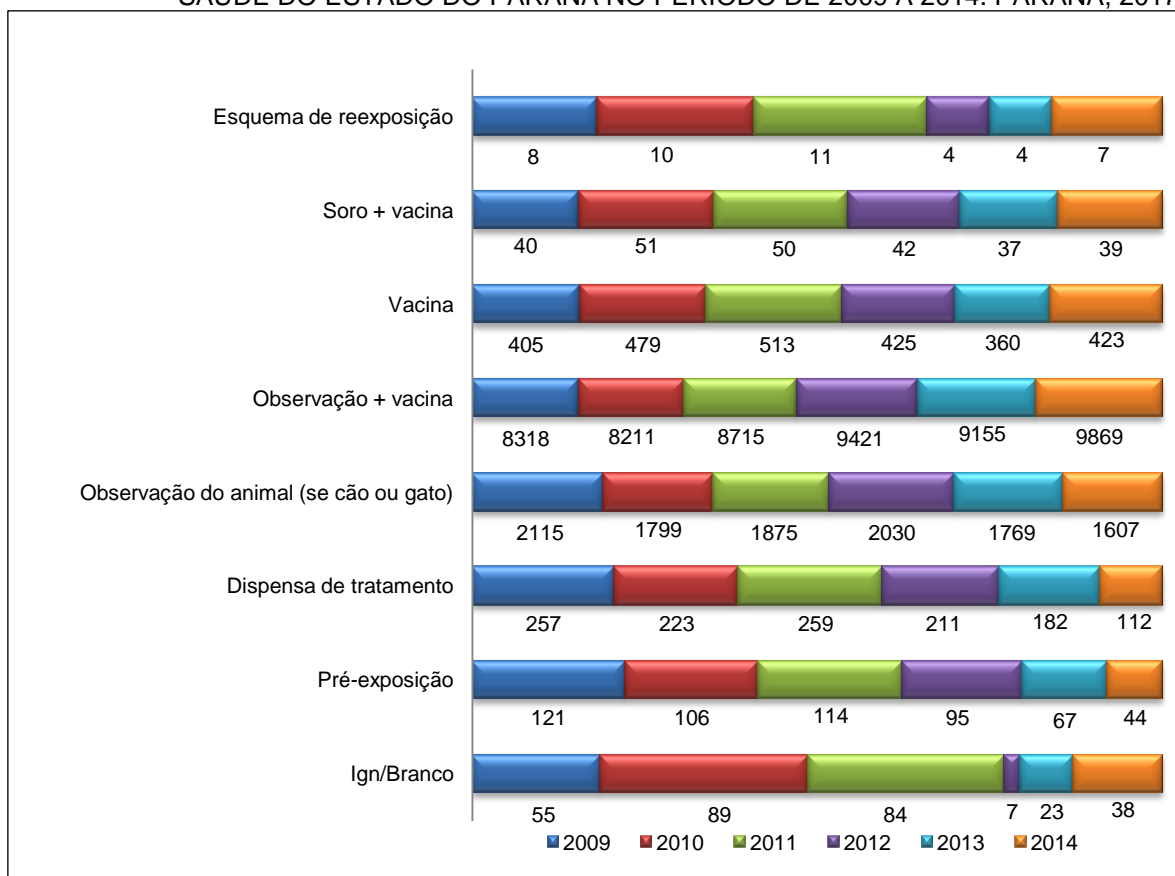
GRÁFICO 5– NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS EM QUE O ANIMAL FOI CONSIDERADO PASSÍVEL DE OBSERVAÇÃO, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014. PARANÁ, 2017.



FONTE: SINAN (2017).

O gráfico 6 refere-se à análise de consistência dos atendimentos em que o animal poderia ser observado (cão ou gato) com o tratamento indicado. Segundo Guia de Vigilância à Saúde (2014) são considerados animais observáveis somente cães e gatos. Do total de casos em que o animal era observável (69.879), a recomendação de observação e vacina foi feita em 77% (53.689) dos casos; somente a observação do animal foi indicada em 16% (11.195) das notificações; em 3,7% (2.605) dos registros orientou-se realizar somente a vacinação; e a dispensa de qualquer tratamento foi recomendada a 1,7% (1.244) dos usuários. Por fim, a pré-exposição correspondeu a 0,78% (547) dos atendimentos; ignorados ou em branco representaram 0,42% (296); soro e vacina foram propostos para 0,37% (259) dos usuários; e o esquema de reexposição foi indicado para 0,06% (44) das notificações.

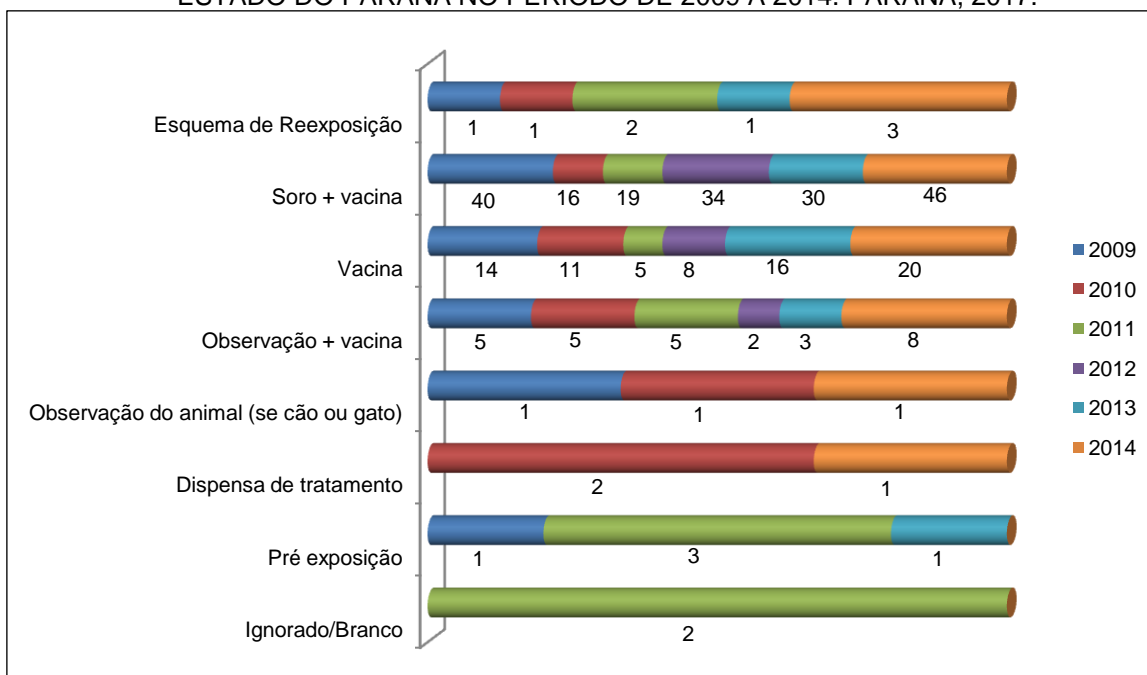
GRÁFICO 6– NÚMERO DE TRATAMENTOS INDICADOS NOS CASOS NOTIFICADOS EM QUE O ANIMAL FOI CONSIDERADO PASSÍVEL DE OBSERVAÇÃO, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014. PARANÁ, 2017.



FONTE: SINAN (2017).

Por sua vez, o gráfico 7 apresenta o tratamento indicado para os casos de notificações por acidentes com animais silvestres. Neste cenário, 60% (185) dos casos foram tratados com soro e vacina; 24% (74), apenas com vacina; em 9,1% (28) dos casos foram indicados observação e a vacina; 2,6% (8) dos atendimentos foram tratados com esquema de reexposição; orientou-se 1,6% (5) dos usuários para a pré-exposição; enquanto 1% (3) dispensou tratamento e 1% (3) seguiu apenas com observação do animal. O 0,6% (2) restante foi classificado como “ignorado/branco”.

GRÁFICO 7 – NÚMERO DE TRATAMENTOS INDICADOS NOS CASOS NOTIFICADOS EM QUE O AGRESSOR FOI UM ANIMAL SILVESTRE, DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014. PARANÁ, 2017.



FONTE: SINAN (2017).

O número de acidentes como consequências de mordedura profunda com ferimentos múltiplos em mãos/pés e cabeça foi de 184. Os acidentes caracterizados por mordedura profunda com ferimentos múltiplos somente na cabeça foram 2.197. Já as notificações causadas por mordedura profunda com ferimentos múltiplos em mãos/pés totalizaram 7.523 acidentes. Seria necessário relacionar estes dados aos números levantados por tipos de condutas adotadas, principalmente nos casos que envolveram mãos/pés e cabeça pela gravidade e possível transmissão do vírus, mas o sistema de informação não permite fazer este cruzamento de informações, o que significa ter que se fazer a verificação das fichas de notificação de atendimento antirrábico em cada um dos 184 casos.

Sobre a completude do preenchimento das fichas de notificação que compuseram o banco de dados analisado, os itens com maior frequência de “ignorado/branco” foram, em ordem decrescente: motivo de interrupção de tratamento em 79,5% das vezes; grau de escolaridade em 38,6% dos casos; idade gestacional em 23,4% dos registros (em um dos municípios estudados este índice chegou a 55%); a condição final do animal referente a 23% das fichas; interrupção de tratamento somando 22%; indicação de soro em 21,8%; raça/cor sendo 12%;

antecedentes de pós-exposição chegando a 10,2%; e animal passível de observação em 10% das fichas incompletas

Ainda com relação aos dados analisados, a tabela 8 refere-se ao número de doses registradas nos sistemas SI-PNI e SINAN. No primeiro, são registradas as doses aplicadas em usuários que foram atendidos por acidentes com animais possíveis transmissores de raiva. No segundo sistema, faz-se o registro referente ao acidente, que será o critério para a recomendação da profilaxia antirrábica. Neste caso, o esquema profilático e o número de doses da vacina prescritas que seriam ministradas deveriam estar também na ficha de notificação, assim como deveriam estar registradas todas as doses de vacina aplicadas segundo a sequência do tratamento profilático – 2ª, 3ª, 4ª ou 5ª dose. Porém, a ficha de notificação fica sob a responsabilidade do serviço que realizou o primeiro atendimento, embora as doses de vacina subsequentes possam ser aplicadas em outros serviços de referência para o usuário. Neste caso, há um rompimento na cadeia de registro de dados das doses de vacina aplicadas, o que gera uma lacuna de informação no sistema de registro.

Na tabela 8, referente aos dados do SI-PNI, pode-se observar um aumento ano a ano do número de doses aplicadas nos serviços de saúde da 2ª Regional de Saúde, apresentando um crescimento de 31% no intervalo pesquisado (2009-2014). Em relação aos registros de doses aplicadas no SINAN, observa-se, neste mesmo período, uma redução de 12%. No entanto, ao relacionar as informações dos dois sistemas, chama atenção as diferenças dos registros de doses aplicadas e o fato de não haver compatibilidade entre os sistemas, considerando que no SINAN se registra pelo menos a 1ª dose aplicada, e no SI-PNI as doses subsequentes. Um exemplo são os registros do ano de 2014, durante o qual foram feitas aplicações de 1.344 doses, que podem ser consideradas a 1ª dose, realizadas ainda no atendimento de urgência e, por este motivo registradas no SINAN. No entanto, as doses registradas no mesmo ano no SI-PNI, aquelas que completariam o esquema vacinal recomendado, somam 39.830 aplicações. Neste exemplo, considerando que os usuários tomaram todas as quatro doses subsequentes ao atendimento de urgência, não deveriam ter sido aplicadas 39.830 doses, mas, sim, 5.376 doses, que, se somadas às 1ª doses já aplicadas, chegariam a um total de 6.720 aplicações (e deveriam estar relacionadas no SI-PNI, pois o sistema também contabiliza o

registro da 1ª dose recebida pelo usuário). Ao confrontar estes dados com o número de casos de acidentes ocorridos nos municípios da 2ª RS no mesmo ano, temos um total de 16.001 casos. Destes, 14.119 receberam a recomendação da profilaxia antirrábica com a vacina, assim fica exposta a falha das informações entre os sistemas.

TABELA 8- NÚMERO DE DOSES APLICADAS DE VACINA CONTRA RAIVA CELULA/VERO SEGUNDO O SI-PNI E O SINAN, NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2014. PARANÁ, 2017.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Doses Aplicadas SI-PNI	30.294	31.619	33.054	32.314	37.675	39.830
Doses Aplicadas SINAN	1.516	1.399	1.486	1.242	1.160	1.344

FONTE: SI-PNI e SINAN (2017).

Tendo em mente a reflexão proposta anteriormente, entende-se que a aplicação de soro antirrábico humano deveria ser registrada no SI-PNI. Porém, ao explorar os dados do sistema, verificou-se que há inconsistências nos registros: a maioria dos municípios não registrou esta informação e alguns registraram esporadicamente, tornando inviável a avaliação da quantidade aplicada do insumo. Na ficha de notificação que compõe os dados do SINAN há o campo para o registro de indicação de tratamento, onde pode ser informado o uso de soro e vacina (no banco de dados analisado, esta indicação teve 1.826 registros) e, na sequência da ficha, é necessário preencher o campo que pede informações referentes à indicação ou não do uso de soro. No banco de dados foram registrados 1.754 casos com indicações do uso de soro. Assim, mais uma vez, fica exposta a inconsistência das informações fornecidas pelos sistemas, pois este número deveria ser igual ao número de indicações de tratamento com soro.

6 DISCUSSÃO

Os registros de raiva humana entre os anos de 1980 e 2008 no Brasil mostram que a diferença de estrutura de vida leva ao melhor controle do agravo. O presente estudo apontou os dados da 2ª RS em que se constatou que a maioria dos atendimentos antirrábico humano foi realizada nos municípios com maior densidade populacional e com melhor organização dos serviços de atendimento de urgências e emergências. Foi observada uma distribuição desigual dos atendimentos, com maior concentração no município de Curitiba, que detém 63,6% (56.850) dos casos e também é o município com a maior população da 2ª RS (Tabela 1 – ver pág.43) registrados no período de 2009 a 2014. Isto se justifica pelo tamanho da população da cidade, porém dá indícios de que os cidadãos da região metropolitana foram atendidos nas unidades de urgência e emergência da capital, elevando os números de atendimentos feitos no município. Os dados mostram que, mesmo em Curitiba, alguns serviços de saúde atendem um volume de pessoas significativamente superior a outros. Como exemplo, a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) Boa Vista, localizada no município de Curitiba, teve um total de 5.647 atendimentos no período estudado, e a Unidade de Saúde Bacacheri, também situada no município, atendeu no mesmo período 259 usuários para profilaxia antirrábica. Uma das razões para que isso ocorra pode ser a maior disponibilidade de atendimento nas UPAs. Outra hipótese é a da concentração de recursos nesses serviços de saúde para o enfrentamento deste tipo de agravo, como vacina, soro e imunoglobulina. O número de atendimentos por acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva nas UPAs chega a aproximadamente 38% do total de casos (33.970 de 89.396). Os atendimentos realizados em unidades hospitalares, UPAs e unidades de pronto atendimento dos municípios da 2ª RS chegam a mais de 50% (45.089) do total. Os demais 50% dos atendimentos antirrábico registrados estão distribuídos em toda a rede de serviços de saúde presente na 2ª RS.

Existem 18 campos na ficha de notificação que permitem identificar se o dado foi declarado como ignorado ou se houve falta de preenchimento (branco). Nesta pesquisa, dos 18 campos que permitem identificação como ignorado/branco,

nove alcançaram dados acima dos 10%, porcentagem que se torna preocupante por indicar uma possível falha no momento da notificação do caso. Em análise, verificou-se situação semelhante nos casos atendidos no município de Osasco, no estado de São Paulo, onde, em mais de 10 itens estudados, a frequência de campos não preenchidos ultrapassou os 18%, dados considerados significativos (GARCIA, et al; 1999). Entende-se que este tipo de falha no momento do preenchimento da ficha de atendimento antirrábico é evitável. Este cenário pode ser modificado se o profissional de saúde estiver comprometido com a função, uma vez que, após a conclusão do atendimento, torna-se morosa a procura da unidade de saúde por este usuário para mais esclarecimentos. Tendo isso em vista, as equipes de saúde devem receber treinamentos que evidenciem as questões evitáveis e que expliquem como o trabalho realizado de maneira precisa influencia posteriores estudos e ajuda a pensar as ações elaboradas a partir das informações registradas.

Verifica-se que os usuários do sexo masculino representam 53,4% (47.768) (Tabela 2) das notificações de atendimentos antirrâbicos humano na 2ª RS, divergindo do estudo realizado no município de Chapecó-SC, que apontou maior recorrência entre as mulheres neste tipo de atendimento (FERRAZ, 2013b). No Brasil, o estudo de Wada, Rocha e Maia-Elkhoury (2011) constatou que, dos casos de atendimento antirrábico notificados entre os anos de 2007 a 2009, a maioria dos usuários eram homens (55% do total).

Cabe registrar que os municípios dos estudos citados têm realidades distintas, e ainda que, a discussão exposta não pretende fazer a comparação entre eles, mas sim expor, pela aproximação dos dados, o que nas ocorrências dos acidentes é necessário verificar similaridades para se refletir sobre o fenômeno.

A faixa etária mais atingida foi a de pessoas entre 20 e 49 anos, representando 37,1% (33.175) dos atendimentos, seguida de 22,2% (19.895) das vítimas na faixa entre 1 e 9 anos (Tabela 4 – ver pág. 46), contrapondo o estudo de Ferraz (2013b), que apontou os usuários na faixa de 1 a 9 anos como os mais recorrentes nos atendimentos antirrábico registrados em Chapecó-SC. Supõe-se que os adultos jovens sejam os mais agredidos devido à maior exposição pelas suas atividades diárias de trabalho. As profissões mais relatadas nos acidentes da 2ª RS foram as de pedreiro, seguida por carteiro, faxineiro e vendedor. Não foi encontrado

nos estudos semelhante relação entre a faixa etária mais atingida pelo agravo e a ocupação do atendido.

Quanto ao preenchimento da ocupação, foi observado no sistema eletrônico de informação um número significativo de opções para identificar a profissão da vítima, que segue o índice de ocupação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Porém, no momento do atendimento em que se faz o preenchimento da ficha de notificação, não há relatos que o profissional de saúde tem ciência da existência deste índice com as opções disponíveis para assinalar no campo “profissão do usuário atendido”, o que pode acarretar o erro. Este equívoco pode acontecer tanto na hora do preenchimento da ficha de notificação quanto na etapa da digitação dos dados no sistema eletrônico, quando a descrição na ficha de notificação pode não corresponder às opções no índice do IBGE. Na ficha de notificação não há campo relacionando o atendimento antirrábico com a ocupação ou com a profissão exercida pelo agredido. Logo, a associação do acidente notificado com o animal potencialmente transmissor do vírus da raiva com uma atividade profissional não tem subsídios para ser confirmada. Seria interessante correlacionar estas duas variáveis por meio do SINAN para posteriores análises desta relação como acidentes de trabalho.

Dedicando-se à zona de ocorrência da notificação dentro do município, 94,6% (84.540) dos usuários declararam que o acidente aconteceu na zona urbana, enquanto 3,3% (2.987) na zona rural (Tabela 3). Estes dados convergem com o estudo realizado em Teresina-PI por Abreu; Crizóstomo (2014), no qual 91% das pessoas que receberam atendimento antirrábico estavam em zonas urbanas. Nos municípios de Balsa Nova e Cerro Azul, os atendimentos ocorreram nas zonas urbana e rural praticamente na mesma proporção (respectivamente, 48-50% e 45-48%). Entre os 29 municípios que compõe a 2ª RS, apenas quatro municípios (Mandirituba, Piên, Quitandinha e Tijucas do Sul) registraram um número de atendimentos na zona rural superior à zona urbana (Tabela 3). Há uma diferença significativa entre o número total de atendimentos ocorridos na zona urbana e rural (respectivamente 94,6% e 3,3%) da 2ª RS. Este fato pode estar ligado à maior concentração da população nas zonas urbanas, principalmente em regiões como a aqui estudada, que tem um perfil econômico voltado para a produção fabril, o que

induz a instalação de serviços de saúde em regiões com maior densidade populacional. O fato de os serviços de atendimento estarem situados em zonas de difícil acesso para a população de moradores da zona rural (pela distância e poucas opções de transportes) pode influenciar a baixa procura por atendimento nos casos em que essas pessoas são agredidas por animais transmissores do vírus. Segundo dados do SINAN, menos de 1% do total de pessoas atendidas na 2ª RS não residem em municípios abrangidos nesta região.

Em relação à espécie animal agressora, a canina representa 95% (84.983) (Gráfico 1, capítulo de Resultados) das notificações de atendimento antirrábico, resultado compatível com os dados relatados no estudo de Wada; Rocha; e Maia-Elkhoury (2011), no qual as autoras referem que 83% das notificações aconteceram por agressões de cães no Brasil durante o período de 2000 a 2009. Constatou-se nos dados do gráfico 1 (ver pág.48) que as agressões por cães tiveram um expressivo crescimento no número de notificações, o que pode estar relacionado ao aumento da população canina em áreas urbanas ou a uma negligência em relação à guarda responsável desses animais, assim como é relatado no estudo de Domingues et al. (2015).

Com a espécie felina, o número de notificações aumentou 100% no período estudado (2009-2014). Em seu estudo, Gomide-Junior (2013) também relatou um aumento expressivo de notificações com felinos, o que o autor relacionou com um crescimento do número de agressões de felinos contra mulheres. Mesmo tendo dobrado o número de notificações deste tipo no período estudado neste trabalho, não foi possível fazer essa associação por falta de informações específicas.

Já a opção “outra” (campo aberto que permite descrever outras espécies) representa 0,40% (Gráfico 1) dos casos. Ao averiguar no SINAN o detalhamento da opção “outra”, foram identificadas algumas descrições que poderiam ser marcadas em opções relacionadas na ficha de notificação de atendimento antirrábico (por exemplo, nas vezes que descreveram vaca, boi, bezerro e outros, deveriam ter marcado a opção de herbívoros domésticos). Tal fato permite constatar que os profissionais que realizam o atendimento antirrábico humano pouco conhecem os significados dos termos da ficha de notificação, além de impedir que a conduta

indicada seja avaliada posteriormente, pois o sistema não disponibiliza uma função para cruzamento destes dados.

Segundo Brasil (2016), entre os anos de 2011 e 2016 foram registrados 287 casos de raiva canina no país. Destes, apenas um foi registrado na região sul, mais precisamente no estado de Santa Catarina. No período estudado, o total de notificações com agressores felinos no país chegou a 34, sendo três na região sul, especificamente no estado do Rio Grande do Sul.

Contudo, um dado que se destaca é o de registro de bovinos positivos para raiva, sendo 828 casos no Paraná no ano de 2016 (o quinto maior entre todos os estados do país). Considerando que o estado do Paraná tem um dos maiores rebanhos de bovinos do Brasil, é possível perceber a coerência deste dado, porém há indicativos da existência de um grande número de morcegos infectados com o vírus circulando no estado. Como este animal ataca os bovinos, tem-se por consequência a transmissão da raiva (BRASIL, 2016). Em relação às notificações de acidentes com bovinos, os dados do Gráfico 1, apresentado no capítulo de Resultados, mostram uma oscilação quanto ao número de casos seguida por uma expressiva queda (no ano de 2014 os registros somaram apenas um terço das notificações de 2013 e um sexto do número apresentado em 2012).

As espécies de animais relacionadas na ficha de notificação de atendimento antirrábico são: canina, felina, quiróptero (morcego), primata (macaco), raposa, herbívoro doméstico e ainda um campo aberto para descrição do animal caso este não se encaixe nas opções anteriores. O que se percebe ao analisar o banco de dados é que, no campo em que é possível descrever o animal, existem dezenas de notificações em que são relatados animais não pertencentes ao grupo de risco transmissor da raiva, como ratazana, coelho, rato e pato. Esses dados reforçam a hipótese de que os profissionais que realizam o atendimento antirrábico necessitam expandir os conhecimentos sobre os meios de transmissão da raiva, espécies transmissoras da raiva, além da variação da indicação dos tratamentos profiláticos, com o propósito de se evitar a prescrição de profilaxia antirrábica inadequada e até mesmo para orientar corretamente a população sobre os riscos da doença.

Os resultados deste estudo revelam que, dos animais silvestres descritos na ficha de notificação de atendimento antirrábico, a espécie quiróptera ocupa o

primeiro lugar entre esses agressores, com mais do dobro de atendimentos do segundo colocado (os herbívoros domésticos), seguido pelos primatas e depois pela raposa. Essa classificação diverge do estudo realizado por Silva (2011) no estado de Pernambuco, onde em primeiro lugar entre as agressões de animais silvestres está a raposa, seguida pelos primatas e então pelos quirópteros. Essas variações dos dados de agressões por animais silvestres podem estar ligadas às diferenças entre as regiões citadas em relação à diversidade das suas faunas e até à cultura popular de procurar atendimento somente nos casos entendidos como acidentes de maior gravidade.

Ainda tratando da espécie animal agressora, ressalta-se no gráfico 1 (ver pág. 48), que as notificações com quirópteros (morcegos) estão presentes em todos os anos estudados. Há uma queda no número de atendimentos nos anos 2010 e 2011, porém nos anos seguintes os registros voltam a aumentar. O estudo de Santos; Melo e Brandespim (2017) corrobora com o presente trabalho no sentido de que, mesmo sendo um número baixo em relação ao número total de notificações, os dados de agressões sofridas por quirópteros são extremamente importantes, pois estes são considerados acidentes graves, que exigem tratamento profilático completo e cuja observação do animal é impossível de ser realizada.

Na análise do perfil da agressão, o tipo de agravo responsável pelo maior número de atendimentos foi a mordedura, com uma diferença de mais de 60% em relação aos casos do segundo agravo com mais incidência: a lambedura (Tabela 6 – ver pág.49), assim como aparece no estudo realizado em Porto Alegre por Veloso; et al. (2011), que aponta a predominância da mordedura entre os tipos de agravos. Existe a possibilidade de que a mordedura seja o tipo mais notificado por chamar mais atenção da população do que a arranhadura ou lambedura e porque este tipo de agressão aumenta as suspeitas de exposição a algum tipo de risco.

Entre os locais de exposição mais afetados estão os membros inferiores, com 37,1% (36.075) das ocorrências (Gráfico 2 – ver pág.49), seguido por mãos/pés com registro de 29,8% (28.959). Os dados encontrados ratificam os estudos de Abreu; Crizóstomo (2014), realizado em Teresina-PI, onde o maior número de agressões foi em membros inferiores (47% dos casos), e de Ferraz (2013b), o qual observou que os membros inferiores apareceram com maior frequência (36,1% do

total) de casos registrados em Chapecó-SC, seguido por mãos/pés, frequentes em 27,7% dos atendimentos. Esses tipos de exposições têm mais incidência pois são os locais mais vulneráveis aos ataques dos animais e também porque a pessoa, ao tentar se livrar do agressor, desprotege essas partes. É importante ressaltar, no entanto, que uma lesão não elimina outra. Um indivíduo pode, na mesma ocorrência, sofrer diversas agressões. Na ficha de notificação do atendimento antirrábico constam, entre outras opções, “membros superiores”; “membros inferiores”; e “mãos/pés”. Partindo-se do princípio que mãos e pés constituem partes dos membros superiores e inferiores, respectivamente, há a possibilidade de serem feitos registros errôneos, tendo em vista que, neste caso, existe duplicidade de informação, o que, posteriormente, pode acarretar distorções na análise dos dados.

Entre as variáveis do estudo referentes aos tipos de ferimentos, sobressaíram-se os superficiais, em 52,4% (48.089) dos casos (Gráfico 3 – ver pág.51), o que vai de encontro com os resultados do estudo de Silva e Freitas (2007) feito em Santa Catarina, onde este tipo de ferimento prevaleceu em 59,1% das notificações. Cabe salientar que, dependendo da lesão, os tipos de ferimentos podem ser, ao mesmo tempo: superficiais, profundos e/ou dilacerantes. Assim, o número de tipos de ferimentos frequentemente é superior ao número de notificações de atendimento antirrábico.

De acordo com o gráfico 4 (ver pág.52), apenas 3,5% (3.183) das pessoas que receberam atendimento antirrábico já o tinham feito ao menos uma vez na vida. A maioria (86,2% - 77.064) dos usuários nunca tinha se submetido ao tratamento. Em 10,2% (9.149) dos casos este campo não foi preenchido, mesmo tratando-se de uma informação que é de suma importância para a decisão sobre a prescrição do tratamento. Quando houve tratamento prévio, a conduta deve ser diferente para evitar a reexposição desnecessária do usuário ao imunobiológico. Estes dados corroboram com o estudo realizado no município de Luiz Antônio, interior de São Paulo, onde 57,8% das vítimas já tinham recebido atendimento antirrábico. (GOMIDE JUNIOR, 2013). Durante o período estudado, o número de notificações que deixaram de ser preenchidas neste campo diminuiu consideravelmente - no ano de 2014, o número de “ignorado/branco” correspondeu à metade do número encontrado em 2009. Este resultado demonstra maior atenção do profissional no

momento do atendimento antirrábico.

O gráfico 5 (ver pág.53), apresenta o número de casos de atendimento antirrábico nos quais o animal agressor poderia ser observado (somente cães e gatos são considerados animais observáveis na profilaxia antirrábica). O número de notificações em que os animais foram considerados observáveis teve uma queda nos anos pesquisados. No ano de 2009, 80,7% (11.319) dos animais foram considerados observáveis. Já em 2014 este percentual caiu para 75,8%, (12.139) ao mesmo tempo em que o número de casos com animais considerados não observáveis aumentou ao longo deste período. Os registros assinalados no campo “ignorado/branco” tiveram uma pequena redução, porém sua média permaneceu alta, chegando a 10% do total (8.497 – 89.396). O estudo realizado em Teresina-PI por Abreu e Crizóstomo (2014) demonstrou resultado semelhante, pois em 86% das notificações os animais foram considerados observáveis. O mesmo aparece no trabalho de Veloso, et al (2011), os quais relatam que o percentual de indivíduos agredidos por animais observáveis chegou a 80,6% do total de atendimentos em Porto Alegre. Todos os autores concordam na suposição de que há prescrição exagerada de vacina, comprovada pelo alto índice de tratamentos prescritos erroneamente nas ocorrências de agressões por animais observáveis. Os pesquisadores ainda admitem que os resultados vistos alertam para a necessidade na redução da prescrição dos imunobiológicos para profilaxia antirrábica pós-exposição em razão de grande parte dos animais serem passíveis de observação.

Esta análise reitera a hipótese de que o número de animais errantes tenha aumentado. Afinal, quando não se conhece a procedência do animal agressor, entende-se que ele não poderá ser observado durante 10 dias, como preconiza o PNPR, dando-se início então ao tratamento da profilaxia antirrábica. Wada; Rocha; e Maia-Elkhoury (2011) observaram que, durante o período do estudo realizado no Brasil (2000 - 2009), houve um aumento de 21% na população animal, indicador que pode ser motivo pelo qual a população de cães não observáveis aumentou.

De acordo com a Portaria 1.138 GM/MS de 23 de maio de 2014, que definiu as ações e serviços de saúde voltados para vigilância, prevenção e controle de zoonoses, o trabalho do Centro de Controle de Zoonoses tem que ter influência direta sobre a zoonose ou animal peçonhento, de forma a prevenir a ocorrência ou

reduzir o número de casos, como com ações de educação em saúde para a prevenção de zoonoses, visando à promoção da saúde humana, vacinação antirrábica de cães e gatos, entre outros. A castração de cães e gatos é uma ação que tem por finalidade o controle reprodutivo dos animais, mas a redução da população animal não tem impacto direto sobre o controle de zoonoses, portanto não pode ser feita pelo SUS. Neste caso, o controle reprodutivo é de responsabilidade do proprietário do animal. “Quando realizadas sem foco na promoção e proteção da saúde humana não se configura em ação ou serviço público de saúde, pois nem todo animal doméstico é de relevância para a saúde pública” (BRASIL, 2014b).

A profilaxia da raiva pós-exposição está ligada a fatores importantes que precisam ser investigados previamente, tais como: espécie do animal agressor, tipo de lesão e viabilidade de observação (no caso de cães e gatos). Os casos nos quais o animal agressor é considerado passível de observação e não há suspeita de raiva no momento da agressão são tratados como acidentes de grau leve, em conformidade com as condutas preconizadas no Guia de Vigilância em Saúde 2014 (BRASIL, 2014a).

O gráfico 6, disposto no capítulo Resultados, mostra o número de tratamentos indicados quando o animal foi considerado passível de observação apresenta uma constância no número de ocorrências para as quais foram feitas a indicação de esquema de reexposição (média de 7 recomendações por ano). Assim, a orientação de tratamento estará correta quando o profissional de saúde tiver investigado o histórico do usuário quanto a acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva e o tratamento foi realizado a mais de 90 dias do novo ocorrido.

A recomendação de tratamento utilizando soro e vacina em caso de animal observável está errada, porém, como se verificou aqui neste estudo, a conduta foi indicada em 258 acidentes (Gráfico 6 – ver pág.54), sendo que o encaminhamento só deveria ser feito em casos graves, ou seja, quando o animal foi a óbito, tem conduta raivosa, está desaparecido ou o agravo foi causado por um animal silvestre. É preocupante observar que este dado se manteve constante no período investigado, pois isto demonstra que, com o passar dos anos, os profissionais

continuaram indicando o tratamento de maneira errônea – contrariando as recomendações do Guia de Vigilância em Saúde 2014 (BRASIL, 2014a). Destaca-se ainda no gráfico 6, no capítulo Resultados, que 2.606 ocorrências tiveram a indicação somente para vacinação e, nestes casos, a conduta pode ser considerada incorreta, pois a vacina deveria ser prescrita somente nos casos em que os animais são considerados raivosos no momento da agressão, estão desaparecidos ou foram mortos após a agressão. Tendo como base os dados relatados neste estudo, Abreu e Crizóstomo (2014) demonstram que em Terezina-PI os resultados são semelhantes na recomendação tanto no tratamento de soro e vacina quanto na indicação somente de vacina, desde que observada a condição do animal.

Entre as profilaxias, houve um predomínio da indicação de observação do animal agressor e vacina, orientação que apareceu em 76,8% (53.645) dos casos (Gráfico 6) e apresentou um crescimento médio ao longo dos anos com pouca oscilação. Santos; Melo e Brandespim (2017) encontraram dados semelhantes em seu estudo, uma vez que em 70,4% das profilaxias recomendou-se observação do animal e vacina. Para os registros de animal agressor passível de observação, este tratamento deve ser indicado somente nos casos que, no período de 10 dias após o acidente, o animal apresentar comportamento raivoso, não for encontrado ou estiver morto. Quando a situação não se enquadra em nenhuma destas possibilidades, a indicação correta é apenas a observação do animal agressor. (BRASIL, 2014a). A recomendação de observação e vacina, excluindo-se as hipóteses relatadas anteriormente, é correta nos casos considerados graves, mas ainda assim com ressalvas, uma vez que, se o animal não apresentar alterações até o 10º dia, o esquema de vacinação deve ser suspenso.

A indicação de observação do animal, ainda como apresentado no gráfico 6, no capítulo Resultados, soma apenas 16% do total de registros, o que está correto nos casos de o acidente ser considerado leve, o animal ser passível de observação e não haver alterações durante os 10 dias de observação (que deve ser realizada por profissionais habilitados). Foi indicada a dispensa de tratamento em 1.241 situações, uma conduta correta se o contato com o animal for indireto. De acordo com o Guia de Vigilância em Saúde 2014, o contato indireto com animais potencialmente transmissores da raiva não são considerados acidentes de risco e

não requerem esquema de profilaxia antirrábica, mesmo que ocorra o manuseio de utensílios possivelmente contaminados, haja a lambertura da pele íntegra ou nos acidentes com agulhas durante aplicação de vacina animal (BRASIL, 2014a).

Cabe nesta reflexão registrar que o estudo não verificou as condições de trabalho desses profissionais e, sim trabalhou com os dados de dois bancos de dados, assim esta questão apontada, tratamento indicado, deve ser também analisado verificando-se as condições materiais que os profissionais têm em seus ambientes de trabalho para realizar o atendimento antirrábico.

Ao observar os números sobre conduta pré-exposição no gráfico 6, exposto no capítulo Resultados, constata-se que os dados desta recomendação (547) não se destacam em comparação com o total de indicações de tratamentos (88.691, excluídos da soma o total de 705 assinalados com “ignorado/branco”). No entanto, considerando que esta conduta é errada, segundo o Guia de Vigilância em Saúde 2014 (BRASIL, 2014a), o número se torna significativo, uma vez que não há possibilidade de ser realizada profilaxia pré-exposição quando já houve agressão pelo animal. Da mesma forma chama a atenção o número de “ignorado/branco” por ser inconcebível o fato de o profissional não saber ou não fornecer as informações sobre o tratamento indicado. Apesar dessas considerações, houve queda nos números que caracterizavam ambas as situações, o que permite refletir sobre a qualidade das condutas adotadas nos atendimentos antirrábico.

As intervenções humanas no ecossistema podem gerar mudanças nos comportamentos de animais silvestres, e as alterações de comportamento desses animais podem ser causadas por diversos fatores, como escassez de alimentos, desmatamento e também pela invasão do seu território. O gráfico 7, do capítulo Resultados (ver pág. 55), que apresenta o tratamento indicado para os casos de notificações de acidentes com animais silvestres, inclui os ciclos de transmissão aéreo, terrestre e rural (que envolve os animais de produção - bovinos, equinos e outros). Para tais casos, tem-se que 60% (185) dos registros receberam indicação de tratamento com soro e vacina. Silva (2011) refere em seu estudo realizado em Pernambuco que em 54,4% dos casos foi recomendada a utilização de soro no tratamento pós-exposição ao contato com animal silvestre. Ambos os resultados apontam para a adoção da conduta adequada, referida no Guia de Vigilância em

Saúde 2014, pois todo acidente com animal silvestre deve ser considerado grave e tratado como tal a fim de evitar a transmissão da raiva para o agredido (BRASIL, 2014a).

Ainda se tratando de acidentes com animais silvestres, a vacinação foi indicada como único tratamento em 24% (74) dos casos (Gráfico 7). A indicação de tratamento com observação e vacinação aparece em 9,1%, (28) do total de registros, apesar de serem consideradas erradas, pois “todo acidente com morcego deve ser classificado como grave; animais domésticos de interesse econômico ou de produção também são animais de risco” (BRASIL, 2014a) e devem ser tratados como acidentes graves, com indicação de soro e vacina. Os esquemas de pré-exposição somam 3,6% (5) e estão equivocados, pois a pré-exposição tem que ser recomendada antes de sofrer a agressão do animal, como é o caso, por exemplo, de profissionais que têm maior contato com espécies transmissoras do vírus da raiva. A dispensa de tratamento pode ser recomendada quando o contato com o animal se deu de forma indireta ou se o agredido recebeu o esquema de profilaxia antirrábica completo há menos de 90 dias. A observação do animal silvestre nunca é recomendada.

Ao analisar os encaminhamentos perante acidentes com animais silvestres, sugere-se que parte das condutas adotadas nos serviços que realizam o atendimento antirrábico é inapropriada para este tipo de ocorrência porque são ações que podem colocar em risco a vida do agredido. As avaliações deste estudo se basearam no Guia de Vigilância em Saúde de 2014 e nas normas vigentes do período estudado.

A tabela 8 (ver pág. 56) apresenta o número de doses aplicadas de Vacina Contra Raiva CÉLULA/VERO registradas no SI-PNI e no SINAN. O registro no SI-PNI deve ser feito na sala de vacina, onde a vítima do acidente com animal potencialmente transmissor da raiva recebe a dose prescrita. Já o registro na ficha de notificação do atendimento antirrábico deve ser realizado ao longo da investigação do acidente até que seja encerrada juntamente com o fim do tratamento, tendo seus dados transcritos para o sistema de informação SINAN. Porém, verifica-se que os números de doses aplicadas nos dois sistemas são significativamente divergentes, mas deveriam ser iguais, pois, se a vacina foi

aplicada, o profissional responsável pela ficha de notificação deveria fazer este registro no SINAN no momento do atendimento. Este cenário permite refletir sobre as dificuldades das equipes que realizam a vigilância epidemiológica em relação ao acesso às informações dos usuários após o primeiro atendimento antirrábico e na sequência até que o caso seja encerrado com o registro de todo o tratamento realizado. Considerando que o acompanhamento do usuário pela vigilância epidemiológica é fundamental, pois há variáveis que devem ser consideradas, como a observação do animal (para que a profilaxia seja descontinuada caso ele não apresente sintomas da raiva), é preocupante constatar que esta assistência não está sendo realizado de acordo com o preconizado pelo PNPR.

Ainda, na ficha de notificação do atendimento antirrábico existem dois campos que permitem controlar a recomendação do soro antirrábico: um no qual pode ser indicado quando houve tratamento com soro e vacina; e outro que pede para o profissional de saúde indicar se foi feito ou não tratamento com soro, conforme descrito no capítulo Resultados. Assim, chama a atenção o fato de os registros desses campos analisados no SINAN não serem coincidentes: há diferença de 4% entre os dados apresentados nos dois campos, sendo que deveriam ser iguais. Supõe-se que a informação no campo para afirmação ou negação do uso de soro no tratamento foi preenchida de forma incorreta. Outra hipótese válida é a de que houve erro na transcrição dos dados das fichas para o sistema de informação nacional.

7 CONCLUSÃO

A partir do presente estudo é possível afirmar que a 2ª RS concentra o maior volume de notificações de atendimentos antirrábico no estado do Paraná, sendo Curitiba o município que registra o maior número de casos. Os atendimentos ocorrem, em sua maioria, nos serviços de urgência municipal.

A análise dos dados das fichas de atendimento antirrábico humano da 2ª RS revelou deficiência na qualidade do preenchimento das fichas, reiterada pelos altos índices de campos assinalados em branco ou preenchidos erroneamente. O fato mais preocupante, no entanto, diz respeito às indicações de tratamento, tanto nos acidentes com animais observáveis quanto com animais silvestres, pois o cruzamento das informações disponíveis nas bases de dados que serviram de fonte para este trabalho sugerem desconhecimento por parte dos profissionais de saúde que realizam o atendimento antirrábico das indicações de tratamentos preconizadas pelo PNPR (disponível em forma de guia com detalhamento das possibilidades de tratamentos indicados em cada caso).

Outro dado crítico é o encerramento da ficha de notificação de atendimento antirrábico antes mesmo de o usuário concluir a profilaxia, situação que se confirma pelo fato de o SINAN ter um número de doses de vacina contra raiva humana aplicadas muito inferior ao registrado no SI-PNI. Esta situação é preocupante, pois apresenta uma prática contrária à preconizada pelo PNPR e ainda dá indícios de que a execução do atendimento antirrábico manifesta falhas que podem comprometer o controle da doença.

No perfil do usuário atendido no serviço da 2ª RS do Paraná entre os anos de 2009 e 2014, o maior risco de acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva está associado às pessoas entre 20 e 49 anos, do sexo masculino, moradoras da zona urbana e sem antecedente de profilaxia antirrábica. A maioria dos agredidos procurou o atendimento após ser mordido superficialmente em membros inferiores por cão sadio e passível de observação, segundo os registros dos atendimentos. O estudo não demonstrou ligação da agressão com a profissão da vítima, pois trabalhou com banco de dados fechado.

Analisando os dados sobre as recomendações de tratamentos realizadas, percebe-se que muitas delas são contrárias às normatizações do atendimento à vítima de acidente com animal potencialmente transmissor da raiva em território com a doença controlada. Por esse motivo surge o questionamento sobre o uso dos insumos e exposição dos indivíduos a imunobiológicos da profilaxia da raiva desnecessariamente em função do desconhecimento do profissional de saúde. Outra questão que se levanta é sobre o uso do imunobiológico de maneira equivocada, levando a uma possível escassez do recurso de tratamento de saúde, visto a drástica diminuição dos insumos ocorrida nos últimos anos.

Neste cenário, entende-se justificado o objetivo geral desta pesquisa de elaborar uma proposta de educação permanente para os profissionais dos serviços de saúde dos municípios da 2ª RS do Paraná quanto ao atendimento a vítimas de acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva segundo as recomendações do PNPR. A proposta elaborada para este trabalho pode ser consultada Capítulo 8.

8 PROJETO INTERVENÇÃO

BEATRIZ PINA IAZZETTI
MARIA MARTA NOLASCO CHAVES

**A PADRONIZAÇÃO DA CONDUTA NO ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO NOS
SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UMA REGIONAL DE SAÚDE.**

CURITIBA/PR
2017

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: A padronização da conduta no atendimento antirrábico nos serviços de urgência e emergência de uma regional de saúde.

Órgão(s) Proponente(s): Universidade Federal do Paraná / Secretaria de Estado da Saúde / Divisão de Zoonoses e Intoxicação / Programa Estadual Contra Raiva.

Órgão(s) executor(es): Universidade Federal do Paraná / Programa Estadual Contra Raiva.

Fonte do Recurso: Secretaria de Estado da Saúde.

Local: Auditório Gralha Azul- Universidade Federal do Paraná - Campus Botânico.

Programação

Módulo 1: Parte 1

-Sensibilização dos profissionais por meio da exposição dos resultados encontrados na pesquisa 'Reflexão sobre a profilaxia antirrábica: contribuição da enfermagem para assistência em uma regional de saúde do Paraná'.

- Aproximação teórico-conceitual sobre os seguintes temas: Vigilância em Saúde no controle da raiva, Raiva: doença, sintomas e tratamento, Ciclo Epidemiológico da raiva, Tipos de Acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva.

Duração prevista: Encontro presencial de 8 horas.

Módulo 1: Parte 2

Os participantes deverão analisar o seu cotidiano com relação ao processo de atendimento ao usuário vítima de acidente com animal potencialmente transmissor da raiva e verificar as convergências e divergências encontradas com os resultados da pesquisa apresentada. Após este exercício deverão refletir quais são os processos que deveriam ser reorganizados naquele cotidiano para propor uma intervenção local.

Exercício a distância com duas semanas de dispersão, enviado para o responsável pelo curso por meio de plataforma digital.

Caso no período não tenha ocorrência de casos de atendimento ao usuário vítima de acidente com animal potencialmente transmissor da raiva o participante deverá realizar a atividade por meio de coleta de informações com colegas de trabalho com roteiro previamente estabelecido.

Dispersão de 2 semanas- carga horária estimada para a atividade 10 horas.

Módulo 2: Parte 1

Discutir a realidade descrita pelos participantes, apontando os pontos chaves encontrados dos processos e as propostas de intervenção.

Duração prevista: Encontro presencial de 4 horas.

Módulo 2: Parte 2

Exposição das normativas federais e estaduais para o atendimento ao usuário vítima de acidente com animal potencialmente transmissor da raiva. Duração prevista: Encontro presencial de 4 horas.

Módulo 3:

Construção de uma proposta de intervenção conjunta no cenário estudado convergente com as normativas e com as possibilidades de cada um em seu espaço de trabalho encerrando com a discussão se as mudanças propostas estão de acordo com as normativas.

Duração prevista: Encontro presencial de 4 horas.

Número de Vagas: 40.

Carga horária total: 30 horas

Público-alvo: Profissionais da área da saúde do serviço de urgência e emergência dos municípios da 2ª RS, que esteja envolvido com o atendimento antirrábico.

Inscrição: Por e-mail ou aplicativo de apoio.

Certificação: o curso será certificado pela Universidade Federal do Paraná e Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Terão direito ao certificado os participantes que atenderem às regulamentações vigentes nas instituições, as quais regulamentam Cursos de Curta Duração.

DESCRIÇÃO DO PROJETO

Apresentação e Justificativa:

Dentre as situações mais preocupantes encontrados na pesquisa 'Reflexão sobre a profilaxia antirrábica: contribuição da enfermagem para assistência em uma regional de saúde do Paraná' está o preenchimento incompleto das fichas de notificação, o desconhecimento de termos citados na ficha de notificação, o encerramento precoce da investigação, a indicação de tratamento inapropriado para grande parte dos acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva.

Considerando que o estado do Paraná é tido pelo Ministério da Saúde como área controlada de raiva e possui um número significativo de animais considerados passíveis de observação após ocorrer uma agressão, tem-se relevante indicação uso de imunobiológicos para profilaxia da raiva humana.

Almeja-se que os profissionais envolvidos no atendimento antirrábico aprimorem as condutas frente à questão.

O enfrentamento dos impasses citados resultará no aumento da qualidade do atendimento antirrábico oferecido nos serviços de saúde, assim como evitará exposições desnecessárias a imunobiológicos, contribuindo também para a economia de recursos financeiros.

Objetivos

Objetivo geral: Qualificar os profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência da 2ª RS quanto ao atendimento antirrábico.

Objetivos específicos:

- Difundir os resultados encontrados na pesquisa 'Reflexão sobre a profilaxia antirrábica: contribuição da enfermagem para assistência em uma regional de saúde do Paraná'.
- Refletir sobre o cotidiano dos profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência da 2ª RS em relação ao atendimento antirrábico.
- Debater propostas apresentadas pelos participantes em relação ao atendimento antirrábico nos serviços de urgência e emergência da 2ª RS e, confrontá-las com as

normativas do PNPR e determinações estaduais.

- Padronizar práticas voltadas à realidade local, fundamentadas em princípios éticos e político-sociais associadas à competência técnica, articulando os saberes, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar em relação ao atendimento antirrábico nos serviços de urgência e emergência da 2ª RS.

Metodologia

Esta proposta de educação permanente tem como objetivo central intervir nos serviços de urgência e emergência dos municípios da 2ª RS que atendem as vítimas de acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva, no sentido de que esses reflitam e padronizem as ações voltadas para a profilaxia antirrábica.

A educação permanente em saúde é uma vertente pedagógica que associa o aprimoramento de técnicas e conceitos com o trabalho cotidiano. Esta concepção permite, por meio da reflexão crítica, individual e coletiva, questionar e avaliar as práticas sobre a realidade, conduzindo a formação técnica de forma construtiva e mais bem aproveitada. (CECCIM, 2005).

A implantação da concepção da educação permanente em políticas públicas no Brasil começaram em junho de 2007, cuja proposta de ação estratégica para transformação e qualificação de trabalhadores da área da saúde buscava estimular a autonomia dos profissionais nos serviços de saúde. (BRASIL, 2007).

Para Ceccim (2005) os serviços de saúde têm características mutáveis a longo prazo, exigindo que conceitos, técnicas, políticas e ações prestadas sejam adaptadas aos seus novos contextos. De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2005), a educação permanente tem fundamento descentralizador, ascendente e transdisciplinar, fato que, segundo os autores, possibilita melhorias nos aspectos técnicos, de aprendizagem e interpessoais com o objetivo de transformar o trabalho e aperfeiçoar a qualidade do cuidado à saúde. Esta descentralização permite identificar com mais facilidade as necessidades locais e descomplicar a gestão dos recursos para a área.

De acordo com Ceccim (2005), Merhy; Feuerwerker (2011) referem que com o intuito de embasar uma construção de conhecimento que seja capaz de realizar mudanças efetivas da prática, é necessário iniciar uma discussão com a equipe do

serviço de saúde, promovendo diálogos que os aproximem de um objetivo central e que permitam a construção de uma prática avançada.

Para colocar em prática esta vertente da educação é preciso entender que há uma diferença crucial entre educação popular e a educação permanente, já que esta é voltada ao trabalho, ou seja, tem um conceito problematizador, e assim o processo de ensino-aprendizagem se constrói por uso da reflexão crítica sobre as experiências. (CECCIM; FERLA, 2009; MERHY; FEUERWERKER, 2011).

É baseado no exposto que esta proposta de educação permanente iniciará suas atividades apresentando os dados da pesquisa intitulada "Reflexão Sobre a Profilaxia Antirrábica: Contribuição da Enfermagem para Assistência em uma Regional de Saúde do Paraná", ancorada na educação problematizador de Freire (1980, p.42) ao afirmar esta como aquela que "[...] não aceita nem um presente bem conduzido, nem um futuro predeterminado – enraíza-se no presente dinâmico e chega a ser revolucionária". Neste sentido esta proposta de educação permanente buscará desenvolver atividades a partir da realidade apreendida no estudo citado acima envolvendo os participantes do curso na observação e reflexão sobre o cotidiano dos seus trabalhos para elaborarem a proposta de transformação desse convergente com as atuais recomendações do Programa Nacional de Profilaxia da Raiva.

Referências

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.

Interface (Botucatu), Botucatu, v.9, n.16, p.161-168, fev./2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 12 jul. 2016.

CECCIM, R. B; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. atual. Rio de Janeiro, Escola

Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 25 nov 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Rev. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41-65, 2004. Disponível em: < <http://hdl.handle.net/10183/27642>>. Acesso em: 28 nov. 2016

FREIRE, P. Conscientização: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 4 ed. São Paulo: Moraes, 1980.

MERHY, E.E; FEUERWEKER, L.C.M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO A.C.S.; GOMBERG E; (Org.). **Informar e Educar em Saúde**: análises e experiências. Salvador: Editora da UFBA; 2011. v. 1, p. 5-21.

REFERÊNCIAS

- ABREU, N.A.C.; CRIZÓSTOMO, C.D. Perfil epidemiológico do cliente no atendimento antirrábico humano em Teresina-PI. **Revista Interdisciplinar**, Teresina / PI, v.7, n.2, p.103-111, abr./mai./jun. 2014. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/391>>. Acesso em: 26 mar. 2017.
- AUGUSTO, L.G. da S. Saúde e vigilância ambiental: um tema em construção. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.12, n.4, p.177-187, dez./2003. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16794974200300040002&lng=pt&nrm=so>. Acesso: 26 jun. 2016.
- BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L.A.D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.1, p. 170-177, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27131>>. Acesso: 01 jun. 2016.
- BRASIL. Lei Complementar nº 14, de 08 de junho de 1973. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.152, 08 jun.1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp14.htm>. Acesso em: 22 nov. 2016.
- _____. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 154, 31 out.1975. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm>. Acesso: 02 jul. 2016.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 169, 20 set. 1990. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso: 26 jul. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde**: relatório de situação: Paraná. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_snvs_pr_2ed.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, nº 115, Brasília, DF, 17 jun. 2004. Seção 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.162, 22 ago. 2007. Seção 1

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Diagnóstico Laboratorial da Raiva**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA). Controle da raiva dos herbívoros: manual técnico 2009. Brasília: MAPA/ACS, 2009b. Disponível em:<<https://setordevirologiaufsm.files.wordpress.com/2012/09/manual-tecnico-para-controle-da-raiva-de-herbc3advoros.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Normas técnicas de profilaxia da raiva humana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Vigilância em Saúde**: Parte 1. Brasília: CONASS, 2011b. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v.5)

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional De Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.12, 13 jun. 2013. Seção 1. p. 59. Disponível em:<[Http://Conselho.Saude.Gov.Br/Resolucoes/2012/Reso466.Pdf](http://Conselho.Saude.Gov.Br/Resolucoes/2012/Reso466.Pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº1.378, de 09 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.245, 10 jul. 2013. Seção 1, p.65. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.138, de 23 de maio de 2014. Define as ações e os serviços de saúde voltados para vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.193, 26 maio 2014b. Seção 1. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1138_23_05_2014.html>. Acesso em: 10 out 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.32, 18 fev. 2016a. Seção 1, p.23-25.

_____. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Raiva Humana**. 2016b. Disponível em:< <http://portalsinan.saude.gov.br/raiva-humana>>. Acesso em: 18 maio. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Análise da situação Epidemiológica da Raiva, no período de 2011 a 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/27/Informe-epidemiol--gico-raiva.pdf>>. Acesso: 16 jul. 2016.

CAMPOS, J.B.; SILVEIRA FILHO, L.(Coord.). Floresta Atlântica. Curitiba: Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Recursos Hídricos, 2010. (série Ecossistemas Paranaenses, v.3). Disponível em: <http://www.meioambiente.pr.gov.br/arquivos/File/cobf/V3_Mata_Atlantica.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2016.

CARVALHO, W.O.; SOARES, D.F.P.P.; FRANCESCHI, V.C.S. Características do atendimento prestado pelo serviço de profilaxia da raiva humana na rede municipal de saúde de Maringá - PR, no ano de 1997. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.11, n.1, p.25-35, 2002. Disponível em:<<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v11n1/v11n1a04.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2015.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-168, fev./2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 12 jul. 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Rev. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41-65, 2004. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/27642>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

CECCIM, R. B; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. atual. Rio de Janeiro, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 25 nov 2016.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter- Related Infections**. Philadelphia / US: CDC, 2011. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>>. Acesso: 15 abr.2016.

COSTA, E.A. **Vigilância Sanitária: Proteção e Defesa da Saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec - Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos,1999.

COSTA, W.A. et al. **Profilaxia da raiva humana: manual técnico**. 2 ed. São Paulo: Instituto Pasteur, 2000. (Manuais 4).

CURITIBA. Portal da Prefeitura de Curitiba. Perfil de Curitiba. 2016. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/perfil-da-cidade-de-curitiba/174>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

DOMINGUES, L.R. et al. Guarda responsável de animais de estimação na área urbana do município de Pelotas, RS, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.185-192, jan./ 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000100185&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 19 abr. 2016.

EGRY, E.Y. **Saúde coletiva: Construindo um Novo Método em Enfermagem**. São Paulo: Editora Ícone, 1996.

FERRAZ, F. et al. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1683-1693, jun./2013a. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013001400020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 25 jul. 2016.

FERRAZ, L. et al. Notificações dos atendimentos antirrábico humano: perfil das vítimas e dos acidentes. **Rev. Bras. Geo. Med. Saúde. Hygeia**, Chapecó, v.9, n.16, p.182-189, jun./2013b. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/21052/12462>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

FOOKS, A. R. Rabies remains a 'neglected disease'. **Euro Surveill**, Stockholm / SZ, v.10, n.11, p.574, 2005. Disponível em: <<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=574>>. Acesso: 27 abr. 2016.

FREIRE, P. **Conscientização Teoria e Prática da Libertação**: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **A Revolta da Vacina**. 2005. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/node/473>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

GARCIA, R.C.M. et al. Análise de tratamento anti-rábico humano pós-exposição em região da Grande São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 3, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101999000300011&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 15 out. 2015.

GOMES, D.L.S. A epidemiologia para o enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto /SP, v.2, n.1, p. 31-39, jan./1994. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411691994000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em :19 maio 2017.

GOMIDE JUNIOR, M.H. **Profilaxia da raiva humana em Luis Antônio, SP, Brasil: Característica das ocorrências e atenção médica prestadas aos pacientes**. 2013. 94f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto / SP, 2013.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Leituras regionais**: Mesorregião Geográfica Metropolitana de Curitiba. Curitiba: IPARDES, 2004.

KOTAIT, I; CARRIERI, M. L.; TAKAOKA, N. **Raiva – Aspectos Gerais e Clínica**. São Paulo: Instituto Pasteur, 2009.

MARTINS, V.B.; et al. Avaliação do Diagnóstico Laboratorial do Programa de Controle da Raiva Urbana no Rio de Janeiro, Brasil entre 2002-2011. **Visa em Debate**, Rio de Janeiro, v.3, n.3, p.56-63, 2015. DOI. 10.3395/2317-269x.00245 Disponível em: <<https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/245/210>> . Acesso: 15 Abril.2016.

MEDRONHO, A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.p. 295-296.

MERHY, E.E; FEUERWEKER, L.C.M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO A.C.S.; GOMBERG E; (Org.). **Informar e Educar em Saúde: análises e experiências**. Salvador: Editora da UFBA; 2011. v. 1, p. 5-21.

ORGANIZACION PAN-AMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Área de prevención y control de enfermedades. Unidad de Salud Pública Veterinaria. **Eliminación de la Rabia Humana Transmitida por Perros en América Latina**: análisis de la situación, año 2004. Washington (DC): OPAS, 2005. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/vp/rabia-sit.pdf>>. Acesso: 04 jun. 2016.

OLIVEIRA, C.M. de; CRUZ, M.M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.104, p. 255-267, jan./mar. 2015. DOI. 10.1590/0103-110420151040385. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100255&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 27 abr. 2016.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL. M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.) **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-86

PARANÁ. Lei Complementar nº 139, de 09 de dezembro de 2011. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba /PR, n.8.607, 12 dez. 2012. Disponível em: <<http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=62625&codItemAto=477610>>. Acesso em: 25 out. 2016.

_____. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Plano Diretor de Regionalização, no Estado do Paraná. Curitiba: SESA, 2015. Disponível em:<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/PDR_2015.pdf>. Acesso em 21 out. 2016.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019. Curitiba: SESA, 2016.

PEDERSOLI, C.E.; ANTONIALI, E.; VILA, T.C.S. O enfermeiro na vigilância epidemiológica no município de Ribeirão Preto 1988-1996. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v.6, n.5, p.99-105, dez./1998. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000500013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 maio 2017.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed., São Paulo: Atlas, 2007.

RIGO, L.; HONER, M. R. Análise da profilaxia da raiva humana em Campo Grande, MS, Brasil em 2002. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1939-1945, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000600044&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 maio 2016.

ROCHA, C.V. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Paraná. **Cad. Metrop.**, São Paulo , v.18, n.36, p. 377-399, dez./2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223699962016000200377&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2016.

ROSCHKE, M.A.; DAVINI, M.C.; HADDAD, J. (Ed.). **Educación permanente de personal de salud**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1995. (Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud, nº. 38). Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173954/1/Educacion%20permanente%20en%20salud.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

SANTOS, C.V.B. dos; MELO, R.B. de; BRANDESPIM, D.F. Profile of human anti-rabies treatment in the 'agreste' region of Pernambuco State, Brazil, 2010-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.26, n.1, p.161-168, mar./2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000100161&ln>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SCHNEIDER, M. C. et al. Controle da raiva no Brasil de 1980 a 1990. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.2, p.196-203, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101996000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 maio 2016.

SILVA, A.M.R.; FREITAS, S.F.T. Características do atendimento antirrábico humano no Estado de Santa Catarina, área considerada sob controle para a raiva no ciclo urbano – 2002 a 2007. Florianópolis: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2007?. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/tcc/Caracteristicas_do_atendimento_anti-rabico_humano_no_sc.pdf>. Acesso em: 24 set. 2016.

SILVA JUNIOR, J.B da. **Epidemiologia em serviço**: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Campinas / SP. 2004. 318f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas / SP, 2004.

SILVA, S.R. **Análise dos atendimentos antirrábico humano pós-exposição às agressões por animais silvestres, em Pernambuco**. 2011. 46f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

TAKAHASHI, R.F; OLIVEIRA, M.A.C. Atuação da equipe de enfermagem na vigilância epidemiológica. In: BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. (Org.). **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.135).

TRINTIN, J.G.; CAMPOS, A.C. de.; Dinâmica regional recente da economia paranaense e suas perspectivas: diversificação ou risco de reconcentração e especialização produtiva. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, v.35, n. 2, jul./dez. 2013, p.161-173.

VELOSO, R.D.; et al. Perfil epidemiológico do atendimento antirrábico humano em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4875-4884, dez. 2011.

WADA, M.Y.; ROCHA, S.M.; MAIA-ELKHOURY, A.N.S. Situação da Raiva no Brasil, 2000 a 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 509-518, dez./2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul.2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Who Expert Consultation on Rabies Second Report 982**. Geneva / SZ: WHO, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85346/1/9789240690943_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 01 maio 2016.

ANEXO 1 – PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016.

Ministério da Saúde

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016

Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências;

Considerando o art. 10, incisos VI a IX, da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências; Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, alterada pela Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011, que determina a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em estabelecimentos de saúde públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso às informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, publicado no Diário do Senado Federal em 13 de março de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS); e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Esta Portaria define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo.

Art. 2º Para fins de notificação compulsória de importância nacional, serão considerados os seguintes conceitos:

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;

Ministério da Saúde

II - autoridades de saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

IV - epizootia: doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública;

V - evento de saúde pública (ESP): situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico-epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes;

VI - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal;

VII - notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;

VIII - notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;

IX - notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória; e

X - vigilância sentinela: modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

CAPÍTULO II

DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Art. 3º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

§ 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS.

§ 2º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

§ 3º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.

Art. 4º A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível.

Parágrafo único. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravos constantes no anexo.

Art. 5º A notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória.

Parágrafo único. No Distrito Federal, a notificação será feita à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Art. 6º A notificação compulsória, independente da forma como realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Ministério da Saúde

Art. 7º As autoridades de saúde garantirão o sigilo das informações pessoais integrantes da notificação compulsória que estejam sob sua responsabilidade

Art. 8º As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral.

Art. 9º A SVS/MS e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios divulgarão, em endereço eletrônico oficial, o número de telefone, fax, endereço de e-mail institucional ou formulário para notificação compulsória.

Art. 10. A SVS/MS publicará normas técnicas complementares relativas aos fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos suspeitos e confirmados, funcionamento dos sistemas de informação em saúde e demais diretrizes técnicas para o cumprimento e operacionalização desta Portaria, no prazo de até 90 (noventa) dias, contados a partir da sua publicação.

Art. 11. A relação das doenças e agravos monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 12. A relação das epizootias e suas diretrizes de notificação constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, Art. 14,

Fica revogada a Portaria nº 1.271/GM/MS, de 06 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, nº 108, Seção 1, do dia 09 de junho de 2014, p. 37.

Art. 14. Fica revogada a Portaria nº 1.271/GM/MS, de 06 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, nº 108, Seção 1, do dia 09 de junho de 2014, p. 37.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO

Lista Nacional de Notificação Compulsória

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal*
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	a. Dengue - Casos				X
	b. Dengue - Óbitos	X	X	X	
8	Difteria		X	X	
9	Doença de Chagas Aguda		X	X	
10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
11	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X	
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
12	Doenças com suspeita de disseminação	X	X	X	

Ministério da Saúde

	intencional: a. Antraz pneumônico b. Tularemia c. Varíola				
13	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: a. Arenavírus b. Ebola c. Marburg d. Lassa e. Febre purpúrica brasileira	X	X	X	
14	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
15	Esquistossomose				X
16	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta portaria)	X	X	X	
17	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação	X	X	X	
18	Febre Amarela	X	X	X	
19	a. Febre de Chikungunya				X
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
20	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
21	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X	
22	Febre Tifoide		X	X	
23	Hanseníase				X
24	Hantavirose	X	X	X	

25	Hepatites virais				X
26	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
27	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
28	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
29	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
30	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
31	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
32	Leishmaniose Visceral				X
33	Leptospirose			X	
34	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra Amazônica	X	X	X	
35	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
36	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
37	Peste	X	X	X	
38	Raiva humana	X	X	X	

Ministério da Saúde

39	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
40	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
41	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante				X
42	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
43	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus a. SARS-CoV b. MERS-CoV	X	X	X	
44	Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
45	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
46	Tuberculose				X
47	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
48	a. Violência doméstica e/ou outras violências				X
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

* Informação adicional: Notificação imediata ou semanal seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS; Legenda: MS (Ministério da Saúde), SES (Secretaria Estadual de Saúde) ou SMS (Secretaria Municipal de Saúde) A notificação imediata no Distrito Federal é equivalente à SMS.

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ANEXO 2 – FICHA DE INVESTIGAÇÃO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE INVESTIGAÇÃO RAIVA HUMANA				
CASO SUSPEITO: Todo paciente com quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes ou não de exposição à infecção pelo vírus rábico.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	RAIVA HUMANA		3 Código (CID10) A 8 2.9
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso			
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação		
	33 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Arranhão <input type="checkbox"/> Lambedura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Contato Indireto			
	34 Localização 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Cabeça/Pescoço <input type="checkbox"/> Mãos <input type="checkbox"/> Pés <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Membros Superiores <input type="checkbox"/> Membros Inferiores			
	35 Ferimento <input type="checkbox"/> 36 Tipo de Ferimento 1- Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Profundo <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Dilacerante			
	37 Data da Exposição 38 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Pré-Exposição <input type="checkbox"/> Pós-Exposição			
	39 Número de Doses Aplicadas			40 Data da Última Dose
Atendimento	41 Espécie do Animal Agressor 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívora 7 - Outra 9 - Ignorado		42 Animal Vacinado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	43 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		44 Data da Internação	45 UF
	46 Município do Hospital	Código (IBGE)	47 Nome do Hospital Código	
	48 Principais Sinais/ Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aerofobia <input type="checkbox"/> Hidrofobia <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Paralisia <input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Outro (s): _____			

Raiva Humana

Sinan NET

SVS

08/06/2006

FONTE: BRASIL (2016b)

ANEXO 3 - PARECER CEP SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE UFPR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REFLEXÃO SOBRE A PROFILAXIA ANTIRRÁBICA: CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA ASSISTÊNCIA EM UMA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Pesquisador: MARIA MARTA NOLASCO CHAVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60941416.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.812.687

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado REFLEXÃO SOBRE A PROFILAXIA ANTIRRÁBICA: CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA ASSISTÊNCIA EM UMA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, encaminhado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional, sob a coordenação da professora MARIA MARTA NOLASCO CHAVES.

A pesquisa está ancorada na Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), proposta por Egrý (1996), a qual se constitui como um marco teórico e metodológico para a enfermagem em saúde coletiva. Trata-se de um estudo epidemiológico ecológico de abordagem quantitativa, posto que sejam analisadas as informações no banco de dados as quais são originadas nas fichas de investigação de atendimentos antirrábico nos municípios da 2ª RS do Paraná referentes ao período de 2009 – 2014. Esses dados estão disponíveis no banco do SINAN da SESA-PR. Este projeto objetiva realizar as etapas de captação da realidade, interpretação dos dados coletados e a construção do projeto de intervenção com vistas a modificar a realidade. Esta última será elaborada a partir dos resultados e análise dos dados, ou seja, a partir da realidade descrita por meio dos dados analisados. Os dados quantitativos a serem estudados serão aqueles que foram registrados nas fichas de investigação de atendimentos antirrábicos nos serviços de

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.812.687

saúde dos municípios da 2ª RS no período de 2009 -2014, assim como os dados de doses da vacina contra raiva humana aplicada em indivíduos moradores dos municípios da 2ª RS no mesmo período, que são registrados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). A 2ª RS do Paraná foi escolhida para o estudo, pois apresenta a maior densidade populacional do estado, consequentemente, é a regional que recebe a maior quantidade de imunobiológicos e possui um numeroso banco de dados de notificações de atendimentos antirrábicos. Para proceder as análises dos dados, as informações obtidas em cada banco de dados serão agrupadas para, posteriormente, verificar as relações entre as variáveis que permitirão caracterizar a ocorrência do acidente que pode levar ao desenvolvimento do agravo, assim como averiguar o número de doses de vacina antirrábica aplicadas em indivíduos moradores dos municípios na 2ª RS. Neste sentido, conforme a resolução no 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), os pesquisadores submeterão a proposta de pesquisa ao CEP da Universidade Federal do Paraná com pedido de dispensa do TCLE, visto que o banco de dados que se pretende analisar apresenta as informações dos usuários do sistema de saúde sob forma codificada, o que garante a impossibilidade de identificação de participantes. A análise dos dados coletados será realizada de acordo com a capacidade de inferência dos resultados, ou seja, serão analisados somente os dados cuja possibilidade de agrupamento das informações permitir esta ação. Para a quantificação destes dados, o estudo faz uso de softwares de apoio, tais como o Epi info versão 6.04 e do TABWIN versão 2.0 .

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Elaborar proposta de educação permanente para os profissionais dos serviços de saúde dos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná quanto ao atendimento a vítimas de acidentes com animais potenciais transmissores da raiva segundo as recomendações do Programa Nacional de Profilaxia da Raiva.

Objetivo Secundário:

Caracterizar a ocorrência de acidentes com animais potenciais transmissores da raiva segundo os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e a recomendação de profilaxia antirrábica nos serviços de saúde dos municípios da 2ª Regional de Saúde para as vítimas dos acidentes no período de 2009- 2014; Identificar as doses aplicadas da vacina antirrábica segundo bancos de dados secundários nos municípios da 2ª RS no período de 2009-

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.812.687

2014.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos:

Com relação aos riscos para os participantes deste projeto declara-se que os dados pessoais de identificação estarão preservados visto que serão utilizadas informações do banco de dados da SESA-PR, no qual a identificação dos usuários notificados estarão codificadas.

Benefícios:

Especificamente com relação aos benefícios, este estudo busca contribuir para a recomendação da profilaxia antirrábica, em casos de acidentes com animais potenciais transmissores da raiva, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde. E ainda, será elaborada uma proposta de intervenção para uma ação de educação permanente com profissionais da rede de serviços da 2ª Regional de Saúde que orientará a avaliação da necessidade do uso de imunobiológicos na profilaxia antirrábica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante , com contribuições à saúde publica .

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados .

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.812.687

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_803762.pdf	11/10/2016 14:01:31		Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_tornar_publicos_os_resu ltados.pdf	11/10/2016 14:00:06	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	oficio_do_pesquisador.pdf	11/10/2016 13:59:48	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto11_10.pdf	11/10/2016 13:58:56	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Check_List.pdf	06/10/2016 14:14:03	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	comprovante_qualificacao.pdf	06/10/2016 13:53:50	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_concordancia_e_coparti cipacao.jpg	05/10/2016 23:26:25	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	03/10/2016 15:24:26	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	dispensa_do_termo_de_consentimento_ livre_e_esclarecido.pdf	03/10/2016 14:31:33	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidades_no_projeto .pdf	03/10/2016 14:30:58	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_para_utilizacao de_dados_de_arquivo.pdf	03/10/2016 14:30:38	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_para_inicio_da pesquisa.pdf	03/10/2016 14:30:09	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_uso_especifico_dos_dad os.pdf	03/10/2016 14:29:49	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_confidencialidade.pdf	03/10/2016 14:28:56	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	extrato_de_ata_de_aprovacao_do_proje to.pdf	03/10/2016 14:27:58	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	oficio_do_extrato_de_ata_de_aprovacao _do_projeto.pdf	03/10/2016 14:27:47	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.812.687

CURITIBA, 09 de Novembro de 2016

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

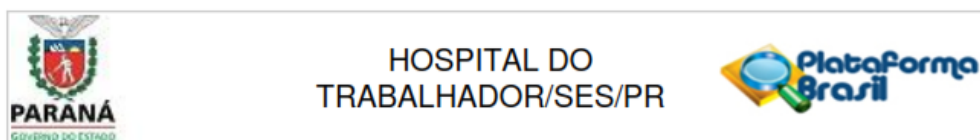
Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 4 – PARECER CEP HOSPITAL DO TRABALHADOR SESA/PR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REFLEXÃO SOBRE A PROFILAXIA ANTIRRÁBICA: CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA ASSISTÊNCIA EM UMA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Pesquisador: MARIA MARTA NOLASCO CHAVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60941416.0.3001.5225

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.844.191

Apresentação do Projeto:

A apresentação do projeto propõe um estudo epidemiológico ecológico de abordagem quantitativa, através de análise de dados originários do banco do Sinan-Net da Secretaria de Estado do PR, referentes ao atendimento antirrábico humano realizado nos municípios de abrangência da 2ª Regional de Saúde (Metropolitana).

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora proponente, analisar os dados relativos ao atendimento antirrábico humano (dados registrados nas fichas de investigação de atendimento antirrábico) e a partir da realidade descrita por meio dos dados analisados, propor intervenção através de um curso de extensão para profissionais dos serviços de saúde da 2ªRS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, as pesquisadoras declaram que não haverá riscos já que os " dados pessoais de identificação estarão preservados visto que serão utilizadas informações do banco de dados da SESA-PR, no qual a identificação dos usuários notificados estarão codificadas". Esclarecemos que os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) não se apresentam originalmente codificados, mas é o fato de serem levantados/retirados por funcionário do serviço

Endereço: Avenida República Argentina nº 4406 - Bloco Centro de Estudos

Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000

UF: PR **Município:** CURITIBA

Telefone: (41)3212-5871

E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br



HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 1.844.191

- destacado especialmente para atender ao pesquisador solicitante e elaboração de planilha para ser entregue ao pesquisador é que faz com que os dados estejam codificados e não permitam a identificação do usuário do SUS. Desta forma há necessidade do pesquisador esclarecer quais os dados do Sinan que serão necessários à sua pesquisa, para a formulação da planilha.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Dentro da hipótese já pré-estabelecida de que há uma situação de utilização de imunobiológicos em desacordo com as Normas de Profilaxia da Raiva Humana, garantindo que seja nos serviços da 2ªRS que há este descompasso, entendemos ser de grande valia a pesquisa proposta, visto ser esta a regional mais populosa e com maior consumo de imunobiológicos, especialmente o município de Curitiba.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encontram-se em consonância com as normas da CONEP e CEP-SESA/HT.

Recomendações:

O protocolo de atendimento antirrábico humano é caracterizado pelo uso de dois tipos essenciais de imunobiológicos, a vacina antirrábica humana (vacina vero) e o soro (heterólogo ou homólogo). A pesquisa em tese prevê a avaliação do protocolo de atendimento antirrábico humano, na 2ªRS do Estado baseado apenas na utilização da vacina, pois cruzará dados com o SI-PNI de doses aplicadas. Consideramos que para uma análise completa do processo de utilização do protocolo de profilaxia da raiva, há de ser avaliado também a utilização/indicação do soro antirrábico, visto que o atendimento prevê a soroterapia em circunstâncias de agressões graves. Não seria este um motivo para rever o projeto, visto que há um viés do atendimento antirrábico humano que estará sendo preterido? Desta forma, sugerimos uma revisão no projeto, para uma verificação com maior abrangência da realidade que ocorre no atendimento da Profilaxia da Raiva Humana na 2ªRS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aguardamos que a pesquisadora detalhe quais os dados do Sinan que serão necessários à sua pesquisa, para a formulação da planilha, podendo ser na forma de emenda. Sendo que sua pesquisa está aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Avenida República Argentina nº 4406 - Bloco Centro de Estudos

Bairro: Novo Mundo

CEP: 81.050-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3212-5871

E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br



HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 1.844.191

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_803762.pdf	11/10/2016 14:01:31		Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_tornar_publicos_os_resu ltados.pdf	11/10/2016 14:00:06	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	oficio_do_pesquisador.pdf	11/10/2016 13:59:48	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto11_10.pdf	11/10/2016 13:58:56	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_803762.pdf	08/10/2016 12:12:12		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Check_List.pdf	06/10/2016 14:14:03	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	comprovante_qualificacao.pdf	06/10/2016 13:53:50	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_concordancia_e_coparticipacao.jpg	05/10/2016 23:26:25	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	03/10/2016 15:24:26	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	dispensa_do_termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	03/10/2016 14:31:33	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidades_no_projeto.pdf	03/10/2016 14:30:58	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados_de_arquivo.pdf	03/10/2016 14:30:38	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_para_inicio_da_pesquisa.pdf	03/10/2016 14:30:09	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_uso_especifico_dos_dados.pdf	03/10/2016 14:29:49	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_confidencialidade.pdf	03/10/2016 14:28:56	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	extrato_de_ata_de_aprovacao_do_projeto.pdf	03/10/2016 14:27:58	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	oficio_do_extrato_de_ata_de_aprovacao_do_projeto.pdf	03/10/2016 14:27:47	BEATRIZ PINA IAZZETTI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida República Argentina nº 4406 - Bloco Centro de Estudos

Bairro: Novo Mundo

CEP: 81.050-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3212-5871

E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br



HOSPITAL DO
TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 1.844.191

CURITIBA, 30 de Novembro de 2016

Assinado por:
silvania klug pimentel
(Coordenador)

Endereço: Avenida República Argentina nº 4406 - Bloco Centro de Estudos

Bairro: Novo Mundo

CEP: 81.050-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3212-5871

E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br